

Universidade da Coruña
FACULTADE DE SOCIOLOXÍA
Departamento de Socioloxía, Ciencia Política
e da Administración

TESIS DOCTORAL

**Bienestar y cuidados: El Oficio del Cariño.
Mujeres Inmigrantes y Mayores Nativos.**

Raquel Martínez Buján
Dirección: Antonio Izquierdo Escribano

Universidade da Coruña
FACULTADE DE SOCIOLOXÍA
Departamento de Socioloxía, Ciencia Política
e da Administración

TESIS DOCTORAL

**Bienestar y cuidados: El Oficio del Cariño.
Mujeres Inmigrantes y Mayores Nativos.**

Raquel Martínez Buján
Dirección: Antonio Izquierdo Escribano

*A mis padres
Por enseñarme el verdadero
significado del cuidado*

Agradecimientos

Esta tesis doctoral es producto de la contribución de numerosas organizaciones y personas. No podrían estar ausentes en esta lista de agradecimientos todas las mujeres que he entrevistado y que con sus discursos han dado forma a esta investigación. A todas ellas van dedicadas estas páginas por ofrecerme de manera altruista una parte de sus vidas y por enseñarme la verdadera esencia de la inmigración y de los cuidados. Gracias también a Cáritas Pamplona y a la Congregación María Inmaculada de A Coruña por ofrecerme contactos y espacios en donde realizar el trabajo de campo.

Este proyecto tampoco se vería materializado de no ser por la dedicación de su director, Antonio Izquierdo, quien me ha enseñado a madurar sociológicamente discutiendo a mi lado cada una de las hipótesis y de las partes de las que consta esta investigación. Mi agradecimiento, en este caso, va más allá del ámbito científico. Durante todos estos años como doctoranda me ha instruido también a nivel personal, brindándome su apoyo ante los difíciles obstáculos que se han ido presentando a lo largo de todo este proceso.

Además, debo agradecer a varias instituciones su apoyo financiero y técnico, tales como el Institut National d'Études Démographiques (INED), el Centro Latinoamericano y Caribeño de Estudios Demográficos (CELADE), el Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra, el Centre d'Estudis Demogràfics de Barcelona, el Departamento de Sociología y Ciencia Política de la Universidade da Coruña y, sobre todo, al Departamento de Ciencia Política y Sociología de la Universidad Carlos III de Madrid, lugar en el que he redactado muchos de los capítulos que aquí presento. Gracias a Iñaki Borrego, Magdalena Díaz, Igor Sádaba, y Alberto Veira por sus muestras de acogimiento, ayuda emocional y colaboración en la explotación de la Encuesta de Población Activa, y a Jesús S. Barricarte por sus consejos demográficos y oportunas correcciones. A mis compañeras del Grupo de Investigación ESOMI: Carmen Lamela, Laura Oso, Antía Pérez, Belén Fernández, Obdulia Taboadela, Diego López y, en especial, a Montse Golías y a María Villares, por sus continuos ánimos y apoyo incondicional a mis angustias hasta el punto de convertirlas en suyas propias, y por sus visitas a todos aquellos lugares a los que he tenido que acudir durante el transcurso de este proyecto.

A mis padres y hermanos, porque ellos me han enseñado el significado del cuidado y porque les gustaba todo aquello que escribía. A María, a Manuel, a Mario, a Ángeles, a Vanesa y a Huchy, gracias por vuestras conversaciones distendidas y por devolverme a la vida real cuando estaba más inmiscuida en este trabajo. Y finalmente, gracias a Fernando, por la enorme paciencia y el constante apoyo que me ha demostrado.

La implicación de todos estos actores y actrices indica que una tesis doctoral es ya de por sí una cuestión social.

Índice

Introducción	1-12
Capítulo 1.- Una revisión teórica del Estado del Bienestar para encontrar el lugar de la inmigración... y de una nueva ocupación	13-61
1.1.- El régimen de bienestar español y el modelo migratorio que lo sustenta	14-39
1.1.1.- Perspectiva histórica y modelos explicativos	14
1.1.2.- El marco conceptual de la discusión	20
1.1.3.- Y España, ¿dónde está?	22
1.1.4.- Mujer, familia y Estado de Bienestar. La variable género	27
1.1.5.- Un Estado de Bienestar y un modelo migratorio complementarios	34
1.2.- La evolución del concepto de “cuidados” desde la literatura académica	39-61
1.2.1.- El tratamiento de la división sexual del trabajo	39
1.2.2.- De la invisibilidad de género a la invisibilidad de clase y etnia	44
1.2.3.- El “trabajo de cuidados” y la evolución del concepto “care”	52
1.2.4.- La reconceptualización del concepto “care” en los años 90	56
Capítulo 2.- Crece más rápido el envejecimiento que los Servicios Sociales de Atención Personal (SSAP). Dos comunidades comparadas: Galicia y Navarra	62-108
2.1.- Evolución y situación del envejecimiento en Galicia y Navarra	62-84
2.1.1.- Galicia, el crecimiento interrumpido: de la “emigración masiva” al “retorno ansiado”.	63
2.1.2.- Navarra: el crecimiento continuado.	70
2.1.3.- Anticipación e intensidad del envejecimiento: Galicia frente a Navarra.	73
2.1.4.- La inmigración que amortigua y la que impulsa.	79
2.1.5.- Conclusiones.	84
2.2.- Población mayor dependiente y recursos sociales: la ecuación insuficiente.	85-108
2.2.1.- La “Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud” como fuente de investigación para el análisis de la dependencia.	85
2.2.2.- Los niveles de dependencia y las necesidades de asistencia se acentúan según el sexo, la edad y la Comunidad Autónoma.	91
2.2.3.- El incumplimiento y la insatisfacción en la Administración Pública: a quien se cuida y a cuántos.	94
2.2.4.- La familia: soporte fundamental de la asistencia.	103

2.2.5.- Conclusiones.	107
Capítulo 3.- La incorporación de las mujeres nativas al mercado laboral y la mercantilización del cuidado	109-139
3.1.- Lo que el mercado laboral se llevó de las familias	109
3.2.- ¿Por qué el servicio doméstico como vía de mercantilización del “trabajo de cuidados”?	115
3.3.- Cuidar ancianos: trabajo para mujeres inmigrantes... ¿irregulares?	119
3.4.- Puerta de entrada al mercado laboral español y nicho de empleo para mujeres inmigrantes latinoamericanas	127
3.5.- Conclusiones	138
Capítulo 4.- El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y de cómo un servicio social influye en la contratación de domésticas cuidadoras inmigrantes	140-205
4.1.- Panorámica general del SAD en España	142-149
4.1.1.- Origen del SAD. Apuntes históricos	142
4.1.2.- ¿Qué es el SAD? Concepto y definición	144
4.1.3.- Implantación del SAD en España	146
4.2.- El Servicio de Ayuda a Domicilio en Pamplona	150-173
4.2.1.- Inicio y cobertura del SAD en Navarra	150
4.2.2.- La dispensa del cuidado desde la modalidad de atención directa (AD)	154
4.2.3.- El perfil de las trabajadoras que dispensan la atención directa: nativas... ¿profesionales?	158
4.2.4.- Inmigrantes sin cualificar para empleadores dependientes	162
4.2.5.- Las prestaciones económicas: una nueva tendencia de la política social. Implicaciones para el caso de Navarra	170
4.3.- El Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña	174-190
4.3.1.- Inicio del SAD y perfil de las trabajadoras a domicilio	174
4.3.2.- La cobertura y las tareas desempeñadas por el SAD	178
4.3.3.- Perfil de los usuarios	183
4.3.4.- Prestación económica dirigida a familiares cuidadores	185
4.3.5.- El cheque asistencial: la financiación de servicios privados de atención	188
4.4.- Repercusión de la Ley 39/2006 de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia” sobre la protección social de Galicia y Navarra.	191-202

4.4.1.- Repercusión sobre la protección jurídica de la dependencia	191
4.4.2.- Repercusión sobre las prestaciones económicas	196
4.4.3.- Repercusión sobre los servicios sociales	201
4.5.- Conclusiones	203
Capítulo 5.- Cómo se genera y cómo se regula el sector doméstico de cuidados	206-242
5.1.- Tipología de la bolsa de empleo: católica, profesional y solidaria	210-226
5.1.1.- Pamplona: la convivencia de bolsas de empleo generadas a partir de criterios divergentes	210
5.1.2.- A Coruña: un nicho laboral creado desde las órdenes religiosas	217
5.1.3.- Modalidades de atención: convivencia, asistencia y compañía	222
5.2.- Las diferencias en la gestión del trabajo de cuidados en A Coruña y Pamplona	226-242
5.2.1.- El marco legislativo	226
5.2.2.- Condiciones laborales reguladas en Pamplona y “mixtas” en A Coruña	229
5.2.3.- Las formas de mediación entre la empleadora y la empleada	235
5.3.- Conclusiones	239
Capítulo 6.- El veneno y el antídoto. Regulación vieja para una necesidad ignorada	243-280
6.1.- El retorno de la esclavitud	244-252
6.2.- Nuevos requerimientos de formación	253-263
6.3.- Exportación del dominio de los sentimientos a los extraños	263-268
6.4.- Empleadas más explotadas pero... más poderosas	268-280
Capítulo 7.- Metodología	281-305
7.1.- La elaboración de las entrevistas en profundidad	281-285
7.2.- Ficha técnica de las entrevistas en profundidad	286-300
7.2.1.- Entrevistas en profundidad dirigidas a inmigrantes cuidadoras	286
7.2.2.- Entrevistas en profundidad dirigidas a familias empleadoras	294
7.2.3.- Entrevistas en profundidad dirigidas a entidades del Tercer Sector	298
7.2.4.- Entrevistas realizadas a técnicos de la Administración y empresas prestadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio	300

7.3.- Explotación de fuentes secundarias de datos	301-305
---	---------

Bibliografía	306-321
---------------------	---------

ANEXO

I.- Guión entrevistas en profundidad	322-325
--------------------------------------	---------

II.- Glosario	326-331
---------------	---------

III. Anexo de tablas	332-339
----------------------	---------

IV.- Relación de tablas y gráficos	340-344
------------------------------------	---------

Introducción¹

Rosalba Santos llegó a España en el año 1996 con 43 años de edad. No era una mujer joven que emprendió una migración en búsqueda de aventura. Ella quería un futuro mejor para su familia tras el tambaleo económico, político y social que estaba sufriendo Ecuador, su país de origen. Es allí en donde dejó a sus tres hijos de los cuales se ocupaba en solitario tras su divorcio. Su hija mayor Yovana, tenía 20 años en el momento de su partida, Juan contaba con 19 años, y Marta, la pequeña de la casa sólo tenía 3 años. Rosalba decidió aventurarse a una tierra que en sus pensamientos prometía un trabajo digno, una estabilidad económica y un futuro seguro a su familia. Únicamente con ese deseo en mente dejó a sus hijos a cargo de diferentes miembros familiares: de su hijo se ocupó su tío y de sus dos hijas se hicieron responsables de manera compartida otras dos tías. Cuando empezó a buscar trabajo en España pronto se impuso la realidad laboral: superando los cuarenta años y siendo extranjera sin documentación no tuvo más opciones que trabajar cuidando en régimen de interna a una familia de tres ancianos con dificultades severas de autonomía. Después de trabajar de manera irregular durante dos años consigue obtener su documentación legal. Ahora ya está en disposición de reagrupar a sus hijos pues el proyecto inicial de permanecer en España durante dos años se trunca por su bajo salario (650 euros) y la demora en el pago de la deuda.

En principio, decide que primero tiene que emprender el viaje su hija mayor. Es así como Yovana llega a España en 1998 también de manera irregular, pero en este caso con un empleo asegurado. Su madre le cede la casa en la que trabaja como interna, pues ella ya está regularizada y puede acceder a un trabajo por horas, pero siempre dentro del servicio doméstico. En este caso, para una mujer joven con estudios secundarios y dos años en la universidad estudiando periodismo, la única alternativa laboral que encuentra en el país es también el cuidado de mayores. No es hasta el año 2000 cuando Yovana obtiene los “papeles”, momento en el que abandona el trabajo de interna y decide buscar un empleo mejor. Pero la única ocupación que encuentra es también en el servicio doméstico dedicándose en régimen de externa a la limpieza y el cuidado de niños. Será en ese mismo año cuando Yovana y Rosalba deciden reagrupar al resto de su familia. Juan llegará con un contrato de trabajo en la construcción bajo la recomendación de los empleadores de su madre. Marta, la hija pequeña, ya tiene seis años. Su madre siempre había retardado su llegada a España porque quería tener unos ahorros y encontrar un trabajo menos intenso para poder ocuparse del cuidado de la niña. Es así como la unión de la familia Santos se produce en el país de destino seis años después de encabezar la primera emigración.

¹ En esta Tesis Doctoral se ha omitido el uso de /as,/os, para una mayor comodidad en su lectura, rechazando por parte de la autora, cualquier intencionalidad de un uso sexista del lenguaje.

Presentación del objeto de estudio

La experiencia de Rosalba y su familia ilustra una de las características del flujo migratorio internacional que actualmente recibe España. Las mujeres se han convertido en actrices principales de su proyecto migratorio determinando el orden de los secundarios. Ellas redefinen los roles de cada uno de los miembros de la familia y encabezan un nuevo modelo de migración transnacional que comienza a gestarse en los años ochenta y desafía al sistema migratorio de la posguerra dependiente de las iniciativas masculinas (Morokvasic, 1984; Castles y Miller, 1993; King y Zontini, 2000).

A 1 de Enero de 2007 según los datos del Padrón Municipal de Habitantes residen en España alrededor de 2.100.000 mujeres extranjeras. Este número triplica a la cifra de seis años atrás. En el 2001, la presencia del colectivo femenino foráneo alcanzaba las 650.000 personas. Sin embargo, el peso relativo de la presencia femenina se ha rebajado en estos seis años de un 49,0% a un 47,0%. El vigor de los flujos migratorios masculinos de los últimos años ha provocado el descenso de ese porcentaje de mujeres extranjeras (Oso y Garson, 2005). Ese intenso flujo masculino incluye aquel provocado por la mujer pionera y cabeza de familia. Este modelo de reagrupamiento a la inversa es especialmente relevante para la población de origen latinoamericano cuya presencia siempre ha estado muy feminizada en España. Los últimos datos recogen que las mujeres agrupan al 54,6% de la población procedente de Latinoamérica aunque desagregadas las cifras se observa una tendencia hacia la masculinización entre aquellas nacionalidades que llevan más tiempo instaladas en el país².

Las mujeres extranjeras emergen como agentes activos en el mantenimiento económico de los miembros del hogar y han sido sus decisiones las que han arrastrado a la familia a emprender una migración. Junto este “poder” como actrices de sus destinos en los países de acogida, tal y como queda de manifiesto con la situación de Rosalba, las mujeres son importadas para emplearse como mano de obra barata en aquellas ocupaciones relegadas al sexo femenino y que sus homólogas nativas ya no están

² Es el caso de Perú que aunque hoy en día tiene una relación de sexos bastante equilibrada con 94 hombres por cada 100 mujeres, en el año 2001 ese ratio era de 64 hombres por cada 100 mujeres.

dispuestas a desempeñar. Es así como la principal actividad en las que se ocupan las mujeres extranjeras en España dadas de alta en la Seguridad Social es dentro de la rama “Hogares que Emplean Personal Doméstico”. En esta actividad se ubican el 24% de las trabajadoras foráneas cuando dicha ocupación tan sólo representa al 2,2% de las mujeres nativas ocupadas. Esta subalteridad en el destino parece que empodera en el origen.

La tendencia hacia la extranjerización del servicio doméstico comenzó en la década de los años noventa (Oso, 1998). Sin embargo, en los primeros años del siglo XXI y a raíz de las sucesivas regularizaciones extraordinarias este proceso se ha acentuado. A finales de 2006 los datos de afiliación a la Seguridad Social ofrecidos por el Ministerio de Trabajo muestran que el 62,2% de las personas incluidas en el Régimen Especial de Servicio Doméstico son extranjeras. Paralelamente a la configuración de este sector como un nicho laboral para las personas inmigrantes se han abierto nuevas actividades a desempeñar en el interior del mismo. Si bien el servicio doméstico tradicional se centraba en la limpieza de la casa y, en cierta medida, en el cuidado de niños, se ha experimentado un cambio hacia la necesidad de contratar a cuidadoras de personas mayores. El envejecimiento de la población, la inserción de la mujer nativa en el mercado laboral formal y la ausencia de una política de cuidados a domicilio adecuada han repercutido en la aparición de esta tarea.

La inserción de las mujeres inmigrantes en el seno de una división internacional del trabajo reproductivo debe considerarse un fenómeno global en Europa, aunque en esta tesis doctoral se han utilizado como principal marco de referencia comparativo con respecto a España los países situados en el sur del continente (Grecia, Italia y Portugal)³. De hecho, aunque en nuestro país todavía sea un tema novedoso de investigación, fuera de nuestras fronteras se ha desarrollado una relevante literatura que analiza los flujos migratorios femeninos como un recurso de los países desarrollados para ocupar aquellos huecos que la inserción laboral de las mujeres autóctonas ha propiciado dentro de los hogares. Y no solamente para encargarse de las tareas básicas de limpieza del hogar, sino también y de manera primordial, en aquellas actividades vinculadas al cuidado de niños, enfermos, mayores y discapacitados. Es así como han

³ Debido a que estos países han desarrollado un similar modelo migratorio y de protección social.

aparecido recientemente los términos de “criadas de la globalización” (“servants of globalisation”) acuñado por Rhacel Salazar (2001), “cadenas globales de cuidado” (“global chains of affection”) utilizado por Hochschild (2000), y el de “mujeres globales” para referirse a las inmigrantes ocupadas como niñeras, enfermeras y criadas (Ehrenreich y Hochschild, 2002). Hasta el momento el único análisis que se ha realizado en nuestro país sobre este fenómeno es el publicado en el año 2005 por el IMSERSO titulado “Cuidado a la Dependencia e Inmigración” (IMSERSO, 2005c). Sin embargo, este estudio basado en la descripción de las características del trabajo del cuidado dirigido a personas mayores y desempeñado por mujeres inmigrantes, no es suficiente para comprender las interrelaciones sociales, económicas y políticas que repercuten en el surgimiento y evolución de este mercado laboral. La presente tesis doctoral pretende avanzar en este campo **de análisis del sector de cuidados centrándose en explicar las razones por las que aparece el cuidado de mayores como un nicho laboral, el papel que desempeñan las mujeres inmigrantes en su aparición, la ubicación de esta actividad en el servicio doméstico, la incidencia de las nuevas tendencias de la política social y las implicaciones de algunos cambios sociales y demográficos como el envejecimiento de la población y la inserción de la mujer nativa al mercado laboral formal.**

En concreto, esta investigación se centra únicamente en el cuidado de personas mayores que se desempeña desde el servicio doméstico, es decir, aquel realizado por inmigrantes empleadas de hogar. La irregularidad del servicio doméstico y su inserción en la economía sumergida hace pensar que las estadísticas no ofrecen datos fiables de las actividades que se desempeñan en su interior y dificultan las investigaciones que se realizan en torno a esta temática⁴, de ahí, que el análisis que aquí se presenta esté basado en una metodología cualitativa (capítulo 7). En España, todas las actividades relacionadas con el desempeño de las tareas reproductivas en el hogar son contabilizadas dentro del servicio doméstico sin diferenciar la variedad de ocupaciones que engloba dicho sector. Por lo tanto, las cifras no pueden recoger que, de forma

⁴ Es posible que las cifras de mujeres extranjeras empleadas en el servicio doméstico sean más fiables que las recogidas para las mujeres nativas. Las diferencias de fiabilidad estadística entre ambos colectivos están motivadas por los escasos beneficios de protección que en España reporta el régimen que regula el servicio doméstico (ej. no acceso a la prestación por desempleo). Ello repercute en que la población autóctona no tenga interés en darse de alta en la Seguridad Social como Empleadas de Hogar. Sin embargo, la población extranjera necesita su incorporación legal al mercado laboral para poder regularizar su situación.

paralela a la extranjerización del servicio doméstico se han modificado las actividades para las cuales se contrataba tradicionalmente a una empleada de hogar. El cuidado de personas dependientes se está consolidando como la ocupación que inicia la trayectoria laboral de las mujeres inmigrantes en España. Dicha actividad se realiza en la mayor parte de los casos como “trabajo doméstico” y se regula bajo las condiciones laborales, económicas y legislativas que existen para este empleo. Este sector de cuidados dentro de los hogares carece, por lo tanto, de un marco legal propio por ser considerado como una actividad que se equipara con la del mantenimiento doméstico. La carencia de entidad del trabajo del cuidado deriva en que no exista un nombre adecuado para denominar a esta actividad considerándose en todos los casos como “servicio doméstico”.

Esta investigación es un intento de dotar de contenido el sector de cuidados a domicilio diferenciándolo del servicio doméstico y, por ello, se ha designado a este empleo con el nombre de “**sector doméstico de cuidados**”⁵. La finalidad de esta denominación es distinguir, por un parte, dentro del sector de cuidados aquella asistencia contratada a través de empresas privadas o proporcionada por ayuntamientos que aunque se realiza dentro del hogar de la persona afectada, tiene unas condiciones laborales diferentes a las que se circunscriben en el interior del servicio doméstico. Por otro lado, este concepto también sirve para separar la actividad de “cuidar” de la tarea de “mantener el hogar”, que a pesar de ser consideradas las dos como servicio doméstico y de regularse bajo los mismos supuestos legales, tanto la formación como la intensidad del trabajo es diferente en ambos casos.

El análisis de la aparición, el desarrollo y las implicaciones sociales de este mercado laboral especializado en el cuidado de mayores (delegado en mujeres inmigrantes) se ha realizado comparando dos ciudades, A Coruña y Pamplona, aunque en diversas ocasiones ha sido imprescindible hacer referencia a las Comunidades Autónomas de Galicia y Navarra. El entorno regional, en esos casos, añade precisión al ámbito urbano, puesto que algunas de las materias analizadas tales como, servicios públicos y protección social, se definen a nivel autonómico y no municipal.

⁵ Con este término también pueden incluirse las tareas de cuidado, que realizándose en el seno del servicio doméstico, están dirigidas a niños, enfermos y/o discapacitados. Sin embargo, en esta investigación únicamente se incorpora el cuidado de personas mayores.

La razón principal de concretar el análisis en estos dos contextos es la de destapar las diferencias territoriales empañadas por la dimensión nacional. Galicia y Navarra presentan dinámicas diferentes en cuanto a desarrollo, nivel de la renta y cohesión social. Ambas regiones ejemplifican la polaridad del bienestar que existe en España y por ello se han elegido para abordar el objeto de estudio. A pesar de que en el período 2000-2005 han disminuido las diferencias regionales en el PIB per cápita, Galicia sigue configurándose como uno de los territorios en los que este indicador se sitúa quince puntos por debajo de la media de la UE-27. Navarra, al contrario, es de las pocas regiones que la supera (Bonete, 2007). Los indicadores de bienestar, que se basan no únicamente en variables económicas, también señalan notables divergencias entre Navarra y Galicia. Uno de estos índices, elaborado por Antonio Jurado y Jesús Pérez (2007), demuestra que mientras Navarra alcanza la más alta puntuación (un 1) en bienestar social y calidad de vida de todas las comunidades de España, Galicia se encuentra a la cola del ranking con 0,45 puntos.

A medida que avanzaba la tesis doctoral y que me adentraba en el ámbito migratorio y de la política social de Navarra y Galicia, se acentuaban las diferencias entre ambas comunidades que reforzaban la necesidad de esta dimensión regional. El modelo migratorio, el panorama laboral y las medidas de protección social son los principales ámbitos en los que se han analizado las divergencias entre ambos territorios. Galicia se caracteriza por ser una de las comunidades más envejecidas de España, por poseer un modelo migratorio en el que las personas con nacionalidad española ocupan un lugar destacado (migraciones de retorno), por ser una de las regiones en las que los servicios sociales tienen un menor índice de cobertura y en donde la tasa de paro femenina todavía dobla a la de los varones. Navarra, sin embargo, se configura como una de las regiones de recepción de flujos migratorios económicos, en donde prácticamente se ha conseguido el pleno empleo (tanto masculino como femenino) y los servicios públicos a la dependencia poseen un nivel de cobertura por encima de la media estatal. **¿Cómo influye cada uno de estos contextos en la configuración del sector doméstico de cuidados en el que se insertan las mujeres inmigrantes?**

Objetivos e hipótesis

Primer objetivo

Análisis de las **causas** que han promovido el desarrollo del sector doméstico de cuidados para personas mayores como vía principal de mercantilización de la asistencia. Estudiar las características diferenciales de A Coruña y Pamplona. La hipótesis de la que se parte para explicar este primer objetivo es:

La mercantilización del cuidado de personas mayores en A Coruña y Pamplona surge en un contexto de envejecimiento demográfico. La ausencia de una adecuada red pública destinada a la atención de personas dependientes repercute en la privatización del cuidado. Sin embargo, el sector doméstico de cuidados está más desarrollado en la comunidad foral que en la gallega, a pesar de tener un sistema de servicios sociales más amplio y un menor nivel de envejecimiento. Si bien existen buenas razones para pensar que, en una sociedad menos envejecida y dotada de una protección social más amplia y vigorosa (Navarra), habría una menor demanda de cuidadoras inmigrantes, también hay argumentos de peso que invierten esta lógica. Así, la primera hipótesis que se plantea es que, **el mayor grado de bienestar social y el menor envejecimiento potencian, en vez de reducir, la contratación de trabajadoras extranjeras en el sector doméstico de cuidados** (capítulos 2 y 3).

Segundo objetivo

Estudiar los **factores** que explican la aparición del sector doméstico de cuidados partiendo de las siguientes hipótesis:

- 1) La tendencia actual de la política social de subvencionar, mediante prestaciones económicas, la responsabilidad familiar de los cuidados, se traduce en la **creación de unas redes paralelas de trabajo irregular** que confluyen en el fomento del sector doméstico de cuidados.
- 2) **La privatización de la política social y esta proliferación de transferencias monetarias directamente gestionadas por la familia han potenciado en**

mayor medida la aparición del sector doméstico de cuidados que la escasez de los servicios sociales.

- 3) En Galicia, la protección social de la dependencia se ha intentado vincular por un lado, a la permanencia de las mujeres como cuidadoras de sus familiares enfermos (a través de ayudas económicas) y por otro, se ha incentivado la contratación de la asistencia en empresas privadas (mediante el cheque asistencial). En Navarra, se ha promocionado el sistema de transferencias económicas a las familias con personas de edad dependientes con la finalidad de contratar a una persona externa a la familia que se dedique a efectuar la asistencia (capítulo 4). Contextos culturales y económicamente diferentes promueven tendencias contrarias. O bien, gobiernos del mismo signo político (PP y UPN) han promovido dinámicas diferentes, ajustadas a la realidad social de cada uno de los territorios, a los que no es ajeno la elevada inserción laboral de las mujeres navarras y la escasa participación de las mujeres gallegas en el mercado de trabajo (capítulos 2 y 3). Todo ello indica que **existen indicios para pensar que la incorporación laboral de la mujer repercute en la tendencia que sigue la política social y es un factor de peso en la extensión del sector doméstico de cuidados.**

Tercer objetivo

Debido a la importancia de la política social como elemento que condiciona la aparición del sector doméstico de cuidados se ha realizado un análisis del lugar que ocupa la inmigración dentro del régimen de bienestar español. Se reflejan los beneficios de la inmigración al régimen de bienestar mediterráneo en el ámbito de las tareas de cuidados a mayores dependientes. Las hipótesis en este objetivo son las siguientes:

- 1) Analizando los beneficios para las familias españolas que contratan a domésticas cuidadoras se observa como la inmigración internacional desafía los canales de provisión de protección social entre el estado y el mercado. Se argumenta que **el modelo migratorio que recibe España relaja las tensiones existentes en los hogares ante la ausencia de una política social adecuada de atención personal y el aumento de las mujeres autóctonas que participan en el mercado laboral formal** (capítulo 3).

- 2) La composición de los flujos migratorios que recibe España basados en su feminización y latinoamericanización favorecen la inserción del colectivo inmigrante dentro del sector doméstico de cuidados, al demandarse principalmente mujeres latinoamericanas para desempeñar esta actividad. Es así que **el modelo migratorio cubre las debilidades del régimen de bienestar español** (capítulo 1).

Cuarto objetivo

Analizar el **mapa de instituciones no gubernamentales** de A Coruña y Pamplona, describiendo las distintas estrategias que se han seguido para ordenar las ofertas y las demandas laborales que recogen en torno al sector doméstico de cuidados.

En este caso, la hipótesis que se ha manejado es que **el papel de las ONG's ha sustituido la labor de la Administración Pública en la regulación laboral de esta ocupación, evidenciándose un claro vacío legal en este sector** (capítulo 5).

Quinto objetivo

Análisis de las características del sector doméstico de cuidados haciendo hincapié en las actividades a realizar en una jornada laboral, las características sociodemográficas de las cuidadoras, los requisitos de formación que solicitan las familias empleadoras, las implicaciones emocionales de la relación anciano/cuidadora y los elementos que rodean la relación familia empleadora/empleada.

En este objetivo se parte de la hipótesis de que **el sector doméstico de cuidados es una actividad diferente al servicio doméstico** y necesita, por tanto, que se adopte una regulación distinta que le otorgue una identidad propia. El cuidado de personas mayores desborda, no cabe dentro del servicio doméstico, porque le añade una dimensión cualitativa y educativa:

- 1) Aparte del mantenimiento del hogar incluye una serie de tareas que requieren en algunos casos una formación específica en materia de atención personal (reanimación, movilidad de personas encamadas, inyectar...) que endurecen la

jornada laboral y para los que es necesario un trabajo físico y emocional (capítulo 6).

- 2) Posee nuevos elementos de dominación por parte del que contrata y otorga nuevos elementos de poder a la trabajadora. En el sector doméstico de cuidados existen dos jefes, el anciano y su familia, lo que puede derivar en situaciones de mayor tensión y conflicto. Sin embargo, la empleada también posee nuevos factores de poder debido a que la figura de la cuidadora no es tan fácilmente sustituible como la de la doméstica tradicional y, además, su ausencia repercutiría en una reorganización del trabajo de cuidados sobre los parientes más próximos del anciano (capítulo 6).

Estructura de la tesis doctoral

Esta tesis doctoral se ha dividido en seis capítulos. Bajo el título, *“Una revisión teórica del Estado de Bienestar para encontrar el lugar de la inmigración... y de una nueva ocupación”*, se desarrolla el capítulo primero con el que se inaugura esta investigación. En él se presenta el debate teórico sobre el que gira el modelo de protección social español y el debate conceptual que ha experimentado el concepto de “cuidar” y la mercantilización del trabajo de cuidados. Ofrece la perspectiva teórica en la que se circunscribe la tesis doctoral y permite vincular las relaciones entre política social, sector doméstico de cuidados e inmigración. A través de la descripción del régimen de bienestar y del modelo migratorio español aparece la necesidad de complementar ambos sistemas debido a los desafíos que plantean los cuidados de larga duración.

El capítulo segundo, *“Crece más rápido el envejecimiento que los Servicios Sociales de Atención Personal (SSAP). Dos comunidades comparadas: Galicia y Navarra”*, sitúa los dos contextos objeto de estudio dentro del régimen de bienestar español. Para ello, en primer lugar, se analiza el nivel de envejecimiento de Galicia y Navarra y se estudia la repercusión demográfica de la inmigración. En segundo lugar, se describe el alcance de la red de los servicios sociales para ambos territorios según el nivel de población dependiente existente en cada uno de ellos y se compara la protección de cuidados familiar con la que ofrece la administración pública.

Es así como observando de una parte, la insuficiencia de la protección social y por otra, la cantidad de recursos (tanto humanos como materiales) que consume la dependencia dentro de la unidad familiar se está en disposición de entender cómo se produce la mercantilización del cuidado y cómo se deriva este sector laboral hacia la mano de obra femenina inmigrante. Por ello, el capítulo tercero, *“La incorporación de las mujeres nativas al mercado laboral y la mercantilización del cuidado”*, explica cuál es el lugar que le está reservado a la inmigración femenina en el debilitamiento del Estado de Bienestar y estudia aquello que el Estado deja al mercado informal, al nicho laboral y que la “segmentación de género” delega a las mujeres extranjeras.

El capítulo cuarto, *“El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) crea un mercado de trabajo paralelo y sumergido. Aspectos diferenciales en A Coruña y Pamplona”* se detiene de nuevo en las características de los contextos objeto de estudio. Pero ahora la investigación se centra en analizar la repercusión de la política social autonómica y municipal en la promoción del mercado laboral de cuidados. Mientras en Navarra la existencia de subvenciones económicas destinadas a familias con mayores dependientes potencian la contratación de cuidadoras externas al núcleo familiar y fomentan la creación de redes de trabajo sumergido; en Galicia se ha optado por la promoción de los cuidados dentro del entorno familiar otorgando prestaciones monetarias dirigidas a parientes cuidadores y a la creación de empresas privadas que se dediquen a prestar asistencia a domicilio.

La evolución de la política social en ambos territorios y la diferente inserción laboral de la mujer nativa en cada uno de ellos han creado una regulación divergente del sector doméstico de cuidados. De ahí que en el capítulo quinto, *“Cómo se genera y cómo se regula el sector doméstico de cuidados en las ciudades de A Coruña y Pamplona”*, se explique la organización de este mercado laboral en torno a la mano de obra femenina inmigrante y el papel de las entidades del Tercer Sector en la gestión del mismo. Se realiza así mismo una clasificación de las bolsas de empleo que se ocupan de tramitar las demandas y las ofertas laborales.

Finalmente, el capítulo séptimo y último, *“El veneno y el antídoto. Regulación vieja para una necesidad ignorada”*, debe ser leído a modo de síntesis y aportación. Como clausura de esta investigación se ofrece un análisis de por qué es necesario separar el

sector doméstico de cuidados del servicio doméstico tradicional. Las razones expuestas se centran en la ampliación de tareas y en la dureza cualitativa que requiere la asistencia de mayores, en los nuevos requisitos de formación que son demandados a las cuidadoras, y en las nuevas relaciones de explotación y paradójicamente de empoderamiento que experimentan estas trabajadoras.

Sin más preámbulos y deseando que esta investigación interese al lector, adentrémonos ya en cada uno de estos capítulos.

Capítulo 1.- Una revisión teórica del Estado del Bienestar para encontrar el lugar de la inmigración... y de una nueva ocupación

Inmigración y envejecimiento son los fenómenos demográficos más relevantes con los que ha comenzado el siglo XXI. Sus repercusiones económicas, sociales, políticas y sanitarias llenan las noticias de los medios de comunicación y aglutinan el interés de la acción gubernamental (recordemos que el año 2006 fue el de la Ley de Dependencia al igual que el 2005 fue el del Proceso de Normalización). Desde el ámbito académico el proceso de declive poblacional y el conocimiento sociodemográfico de los residentes llegados de fuera de nuestras fronteras también ocupa una importante parte de estudios nacionales e internacionales (OCDE, 2004). Es más, incluso alguna de esas investigaciones han puesto en relación ambos procesos para cuantificar el impacto de la inmigración en la demografía de los países occidentales centrándose en su posible contribución sobre la atenuación en el incremento de las personas mayores (Izquierdo, 2006; ONU, 2001). Sin embargo, el vínculo entre inmigración y envejecimiento invade más aspectos que los puramente poblacionales y otros nexos entre ambos procesos comienzan a ser analizados. Esta tesis doctoral se circunscribe en la línea teórica de analizar la relación existente entre inmigración y personas mayores desde la perspectiva de la asistencia estudiando la inmigración como un recurso para el cuidado de mayores ante el progresivo envejecimiento, el incremento de personas dependientes, la insuficiencia de la cobertura de los servicios sociales estatales y el agotamiento de la familia como soporte fundamental de atención personal a sus miembros.

En este capítulo inaugural se analiza la estructura de la provisión social y el papel que en la misma juega el mercado, el estado y la familia. La mercantilización del sector doméstico de cuidados responde a un contexto específico de protección social y de recepción de flujos migratorios por lo que estudiar las interrelaciones entre el estado de bienestar y el sistema migratorio se convierte en objetivo primordial. Así mismo, se establece la línea teórica de la investigación tanto en lo que respecta a la protección social como al ámbito de cuidados.

1.1.- El régimen de bienestar español y el modelo migratorio que lo sustenta.

1.1.1.- Perspectiva histórica y modelos explicativos

Prácticamente todos los autores especialistas en el análisis del “Estado del Bienestar” coinciden en afirmar que éste en su “concepción moderna de desarrollo” ha surgido tanto en Europa, como en EE.UU., asociado al auge de los postulados socioeconómicos keynesianos. (Esping – Andersen, 1990; Moreno, L., 2001; Rodríguez Cabrero, G.: 1990). Aunque sus bases se habían sentado ya con anterioridad¹, el Estado del Bienestar aparece como una concepción que surge de un nuevo planteamiento de la política económica de la posguerra y del replanteamiento del papel de los estados en la garantía de la obtención de una serie de derechos sociales definidos particularmente por cada país. Para su implantación tuvo que procederse a la supresión del modelo económico capitalista vigente, el neoclásico, e introducirse un nuevo referente de organización económico social que pasó a denominarse keynesianismo.

Tras la Segunda Guerra Mundial (1945) se presentan una serie de características estructurales que favorecieron la implantación del que ya se ha denominado de forma estándar como Estado del Bienestar y que dieron lugar a esa nombrada sustitución del modelo económico imperante. Andrés Bilbao (1998; 232) introduce tres factores clave que han propiciado este reemplazo: una crisis económico – social, el triunfo de la revolución soviética y la presión del movimiento obrero. Esta crisis tuvo su origen en los efectos devastadores de la guerra que sometió al mundo a una situación de miseria, hambre y desempleo masivo. Al mismo tiempo apareció en Europa una desconfianza total hacia el sistema capitalista considerado incapaz de generar crecimiento económico y progreso. La empresa privada iba perdiendo legitimidad mientras que la Unión Soviética cobraba prestigio y respeto económico. Los planes quinquenales de desarrollo industrial y la economía de “mando y control” habían impulsado al mundo comunista al

¹ Es muy acertada a este respecto la distinción de Rodríguez Cabrero (1990) entre Estado social y Estado del bienestar. Como estado social define la política social inaugurada con Bismarck a finales del siglo XIX caracterizada por medidas compensatorias ante la ausencia de libertades. El estado del bienestar en su sentido moderno se instaura en los años 1920-30 mediante la institucionalización de los derechos sociales y su convivencia con vías democráticas de gobierno. El objetivo de la política social en este caso fue la integración de las clases trabajadoras en el sistema capitalista, esencial para la supervivencia del mismo.

pleno empleo. Aunque más adelante se destaparían las brutalidades de este sistema stalinista, en 1945, cuando los líderes internacionales estaban intentando pactar en Postdam todavía se desconocían las consecuencias de la dictadura socialista y el posible avance comunista era observado desde la retaguardia con nerviosismo (Yergin y Stanislaw, 1999: 33-72). Los trabajadores organizados estaban ejerciendo un efecto de coerción entre las clases dirigentes. Las malas condiciones en las fábricas y el incremento del paro impulsaban las protestas.

El modelo económico clásico ya había entrado en contradicción tras la crisis de los años veinte. Una nueva concepción comienza a resurgir con fuerza con las ideas económicas de John Maynard Keynes. Los gobiernos van siendo conscientes de las enseñanzas históricas de la depresión del 29 (se terminó con la idea del crecimiento ilimitado del sistema capitalista). La reciente Guerra Mundial y la Guerra Fría también eran razones políticas de peso para crear un sistema que vinculase crecimiento económico junto con un bienestar ciudadano. Será a partir de 1945 cuando se contrapongan como un hito los dos modelos económicos que han sido considerados como factibles dentro del sistema capitalista: el liberal (o neoliberal) y el keynesiano.

Las diferencias entre uno y otro surgen en el modo mismo de entender la economía de mercado. Es la oposición entre Adam Smith y Keynes. Mientras que los liberales optan por un equilibrio natural entre la oferta y la demanda, los keynesianos concentran sus argumentos en la intervención estatal de la dirección económica. El ahorro excesivo y las inversiones inadecuadas fueron factores clave en la crisis de los años 30 por lo que se apunta a una nueva respuesta: “la sustitución de la ausencia de inversión privada por una inversión pública financiada por un déficit deliberado”. El gobierno tendría que tomar dinero en préstamo para gastarlo en obras públicas e inversiones similares. “Este gasto deficitario generaría puestos de trabajo e incrementaría el poder adquisitivo” (Yergin y Stanislaw, 1999). Se trataba no solamente de asegurar un pleno empleo, sino de que también, la clase trabajadora consumiera de forma real los productos por ella generados. Es el principio de un capitalismo reformado.

El empleo se convirtió en el principal objetivo político de la posguerra y al mismo tiempo en el elemento discordante entre liberales y keynesianos. Según el modelo neoclásico el origen de la crisis económica tiene lugar en la intervención del estado en

el mercado, siendo la clave conseguir una estabilidad de los precios. El aumento del empleo aparecerá en el momento en el que se produzca un incremento de la inversión y de la producción que propicie un crecimiento económico. Para la lógica keynesiana, el origen de la crisis surge desde el propio mercado y únicamente puede detenerse con la intervención del Estado en el desarrollo económico.

El elemento primordial para salir de la crisis es conseguir el pleno empleo y la intervención política estatal se convierte en fundamental en este aspecto (Bilbao, 1998). La teoría económica keynesiana ofrecía una alternativa sin la necesidad de depositar confianza en el sector privado para una movilización del capital, en un momento además, en el que este sector no estaba en funcionamiento. La responsabilidad comienza a estar de las manos de los propios estados que no tenían muchas más opciones que la de intervenir por propia iniciativa. La política keynesiana les ofrecía una alternativa cuyo éxito no dependía del mercado en sí, sino de la actuación de los estados. Ante una situación de impotencia del capital, los gobiernos resurgen como moradores de una nueva concepción económica, política y social.

La opción de si la creación de un estado con un otorgamiento de derechos sociales a los ciudadanos ha sido una elección realizada desde una conciencia altruista o si, por el contrario, ha sido aceptada bajo la perspectiva de instaurar un mayor control, ha introducido un debate académico. Gough² (1982), teórico marxista, señala que los derechos sociales han tenido un componente de funcionalidad con respecto al sistema capitalista, en el sentido de que han permitido su mayor legitimación. Aún así, también reconoce que existe un margen de actuación para la clase trabajadora dentro del estado para luchar por una sociedad más igualitaria. Sarasa (1993; Montagut y Sarasa, 1995) afirma la existencia de cauces reformadores y altruistas en el estado del bienestar, aunque éstos están constreñidos por las relaciones de poder y los intereses económicos. Según Esping – Andersen (1990) este debate sobre el estado del bienestar se encuentra en el origen de la socialdemocracia y asegura como ésta era rechazada tanto desde posturas liberales, que observaban con miedo la llegada de un sistema democrático, como por las socialistas, que consideraban a la democracia parlamentaria como una imagen maquillada de la realidad, escondiendo la visión de las desigualdades.

² Para Gough una de las funciones del sector público es dar legitimación al estado.

Este último análisis es el defendido por la “Escuela Alemana de la Derivación del Estado”³. Por un lado, se otorgan derechos sociales y ello provoca una disminución de la dependencia del trabajador con respecto al mercado, pero por otro, supone la aceptación de un sistema que de por sí genera desigualdad, el capitalismo. El coste de la instauración de las políticas sociales modernas fue para la socialdemocracia la aceptación de la vigencia de un sistema capitalista basado en una democracia de representación parlamentaria que es considerada, desde entonces, como la fórmula de representación por excelencia. “La movilización parlamentaria de las clases sociales es un medio para la realización de los ideales socialistas de igualdad, justicia, libertad y solidaridad” (Esping – Andersen, 1990:30). Aún así, el estado de bienestar fue iniciado en ausencia de democracia y bajo reglas autoritarias, de manera que, los derechos de bienestar fueron usados como un control social más que como una extensión de derechos ciudadanos y de principios de igualdad (Esping – Andersen⁴, 1990; Cousins, 1995). Es más, el desarrollo del estado de bienestar fue más tardío en aquellos países en los que la democracia fue temprana (EE.UU., Australia, Suiza).

Estas posiciones pueden ser relacionadas con el planteamiento de si realmente el keynesianismo y el liberalismo propugnan sistemas económicos diferentes. Guerrero y Guerrero (2000) realizan una breve revisión teórica y señalan que autores como Magdoff (1998) consideran al keynesianismo como parte del modelo neoliberal, en contra de lo que algunos sectores de la izquierda ha reconocido. Incluso, desde posiciones de la izquierda, se pretende en muchos casos, volver a los postulados keynesianos sin que se proponga una alternativa al sistema económico capitalista.

La institucionalización de los sindicatos será uno de los factores que ayude al establecimiento de un pacto entre el Estado, los trabajadores y la patronal que tomarán las decisiones pertinentes sobre el desarrollo económico. Paz social con el Estado a cambio de derechos sociales y de bienestar. Es necesario un nuevo modelo económico que incluya las demandas de los trabajadores para dotarlo de legitimidad. Las organizaciones sindicales renuncian a la implantación de un régimen socialista (presente en sus reivindicaciones) a cambio de una intervención del Estado como corrector de los desajustes del mercado. Con ello consiguen establecerse legalmente como actores

³ Representada por autores como Gough, Offe y O'Connor

⁴ Utiliza como ejemplos: Francia con Napoleón III, Alemania con Bismarck y Austria con Von Taaffe.

privilegiados en la negociación de las relaciones industriales. Los empresarios lograron el reconocimiento del capitalismo, la propiedad privada y el beneficio empresarial⁵.

El resultado fue la creación de una economía mixta en la mayor parte de los países europeos occidentales que tenía como base la producción en masa y la estandarización fordista. En Gran Bretaña, mediante el Informe Beveridge, se planificaron prestaciones de cobertura universal (atención médica gratuita, sistemas de jubilaciones y pensiones, mejoras educación y vivienda, compromiso con el pleno empleo...), en Francia se desarrolló un proceso de modernización industrial a través del denominado Plan Monnet y Alemania introdujo la economía social de mercado (combinación entre el libre mercado y la creación de una seguridad social de apoyo a los más débiles). Todas estas medidas sentaron los pilares de los actuales estados del bienestar y supusieron tres décadas de prosperidad económica y de paz social⁶.

La intervención del estado en el mercado y su responsabilidad de garante de derechos sociales comienza a ser considerada como la opción de éxito económico. Los trabajadores están en disposición de adquirir sus propios productos en un clima en donde las huelgas y las insurrecciones obreras son ya medidas del pasado que paulatinamente pierden credibilidad en el nuevo entorno social. Esta etapa de consenso político y económico se caracterizó según Daniel Bell (1992) por un “fin de las ideologías”. En los felices años 50 no cabían las opciones críticas con el sistema hasta la aparición en los años 60 de los Nuevos Movimientos Sociales que surgen como una respuesta a la tensión estructural y a los límites de legitimidad de este modelo de crecimiento (Alonso, 1992) del que pronto podrá observarse el alcance de sus confines.

Será en la década de los 70, con la crisis del petróleo del 73, cuando se introduzca una etapa inflacionaria que nunca había tenido lugar con un estancamiento económico⁷. Es

⁵ Es lo que Offe ha denominado como “compromiso de clase”. Ver Offe, Claus (1980), “The separation of form and content in liberal democratic politics”, *Studies in Political Economy*, 3.

⁶ “En 1955, todos los países de Europa Occidental habían superado sus niveles de producción previos a la guerra. El azote del paro, que había desacreditado el orden económico anterior a la guerra en todo el mundo industrial, y que había sido el estímulo número uno para la acción, había sido desterrado. En Francia, la tasa media de desempleo entre 1945 y 1969 fue del 1,3 por ciento. En Alemania, el desempleo había caído a un casi invisible 0,5 por ciento en 1970” (Yergin y Stanislaw, 1999: 71).

⁷ Juan Alonso Hierro (1998) señala más factores que propiciaron la quiebra del keynesianismo, entre los que se encuentran, principalmente, los cambios en el sistema monetario internacional como la no conversión del dólar en oro (1971) y el abandono del sistema de tipos de cambio fijos (1976).

la denominada estanflación que introdujo a occidente en una crisis económica que supuso el fin del paradigma keynesiano y la vuelta a las políticas liberales.

En definitiva, el Estado del Bienestar ha sido creado en un clima económico y político muy definido, pero éste no se implantó de manera similar en todos los países. Cada uno de ellos comenzó estableciendo unos mecanismos de protección social según su propia tradición histórica, su idiosincrasia y su sistema cultural de valores. Es así, que puede hablarse de la existencia de una tipología de estados del bienestar. Tradicionalmente, éste ha sido categorizado según dos líneas. Por un lado, aquella que tiene en cuenta una perspectiva sectorial en donde se analizan las políticas de bienestar en torno a las grandes materias del mismo: vivienda, salud, educación... Por otro, aparece una visión que analiza cada uno de los regímenes del bienestar teniendo en cuenta la estructura económica global de cada país y el desarrollo de los derechos sociales que tienen lugar en cada uno de ellos.

Dentro de esta última perspectiva es en la que se sitúa Esping-Andersen (1990), quien utiliza el concepto de “regímenes del bienestar”⁸ para definir los modos en que se reparte la producción de bienestar entre el mercado, el estado y las familias. El resultado fue la creación de una de las teorías sobre el estado del bienestar más influyente a nivel académico. A su alrededor se ha propagado una gran cantidad de producción científica con las críticas y reflexiones que ha suscitado. Inaugura además una nueva línea de discusión en la que se tienen en cuenta la política social y la estructura social como dos elementos que interactúan entre sí huyendo de las reflexiones monocausales sobre la génesis del Estado del Bienestar vigentes hasta la década de los 80, cuyas explicaciones se centraban en la lucha de clases (teóricos marxistas) y la industrialización (Adelantado et al, 2000).

El análisis de Esping – Andersen incorpora tres dimensiones: la relación entre mercado y estado, la estratificación y la desmercantilización (Esping – Andersen, 1990). Las variaciones de estos factores serán lo que generen los diferentes tipos de estado del bienestar junto con las coaliciones políticas y la fuerza de los sindicatos que cada territorio haya desarrollado según su propio proceso histórico (Esping – Andersen,

⁸ Basado en el concepto de “régimen de política social” acuñado por R. Titmuss (1974)

1998). Los exámenes efectuados por Esping – Andersen se han convertido en una verdadera referencia en todas las investigaciones publicadas en torno al Estado del Bienestar. Tanto por la relevancia que ha cobrado su obra a nivel intelectual como por el propio contenido de sus exposiciones es necesario detenerse en el significado de estos tres elementos mencionados, la medida en que se desarrollan en el interior de los diversos “régimenes del bienestar” y las posteriores aportaciones realizadas por otros autores.

1.1.2.- El marco conceptual de la discusión

La primera dimensión se conoce como la **relación entre mercado y estado** y hace referencia a la dicotomía público / privado. Consiste en cuantificar el nivel de intrusión de ambas esferas en la provisión social. Es decir, en qué medida la protección social básica es un producto del estado y en qué proporción se encuentra cubierta por el mercado. En esta ocasión, las necesidades sociales únicamente se abarcan desde estos dos ámbitos relegando a la institución familiar un rol de menor trascendencia, cuando en realidad, la familia juega un papel fundamental para el sostenimiento del hogar y el mantenimiento del bienestar de sus miembros (Saraceno, 1995). La escasa relevancia que Esping – Andersen confiere al análisis de la familia ha sido duramente criticado desde diferentes perspectivas teóricas (como la feminista) y, más adelante, será incorporado a los estudios posteriores de dicho autor. Así, en 1998, en su texto “The Social Foundations of Postindustrial Economies” consciente de las críticas formuladas incorpora a su trabajo el concepto “desfamiliarización” para hacer referencia al grado en el que las políticas sociales son capaces de mantener la autonomía de los ciudadanos al margen de la protección económica y social que ofrece el entorno familiar.

La segunda variable, denominada **estratificación**, mide el grado en el que las políticas sociales públicas contribuyen o evitan la segmentación social. Es decir, en que medida son capaces de integrar a los individuos a los que se les otorgan los beneficios en vez de excluirlos provocando una mayor dualidad social. Este concepto que analiza el efecto redistributivo del estado del bienestar ya había sido incorporado a los estudios de corrientes tan divergentes como la neomarxista (que indica que el estado del bienestar reproduce las desigualdades de clase) y la línea teórica que sigue los postulados de T.H. Marshall, quien atribuía al estado del bienestar la eliminación de los elementos que

terminarían con la lucha de clases y la dotación de poder de la clase obrera (Esping - Andersen 1993: 81-107).

El concepto **desmercantilización** fue acuñado por Polanyi (1944) y puede definirse como el grado en el que los estados del bienestar logran debilitar el aspecto monetarizado garantizando a la ciudadanía unos derechos independientes a la participación en el mercado⁹ y, por lo tanto, hace referencia al nivel de universalidad de los derechos sociales.

A partir de estos conceptos identifica tres regímenes del bienestar que coinciden con los principios inspiradores de los sistemas “beveridgeanos” basados en la idea de los derechos universales y los “bismarckianos” fundados en los principios contributivos de los trabajadores:

- 1) **El liberal**, instaurado en EE.UU., Canadá y Australia. Está basado en la economía británica del siglo XIX en la que predominaba la fe en el mercado por lo que existe una escasa influencia del estado en la solución de los riesgos sociales y un fomento del mercado para cubrirlos. Se trata de un régimen residual, en el que solamente tienen cobertura las necesidades básicas. Se restringe el número de personas que tienen derecho a la protección estatal y ésta es otorgada a través de la comprobación de ingresos. Minimiza la desmercantilización y limita el acceso a los derechos sociales. Estratificación social y bienestar social para la clase pudiente por medio del mercado. Es el llamado también como modelo anglosajón.
- 2) **El conservador** está implantado en Austria, Alemania, Francia e Italia. Son estados del bienestar vinculados a la clase y al status social. Solamente entran en la protección social las personas insertas en el mercado laboral (por lo que un elevado número de mujeres quedan excluidas), de forma que existe una importante estratificación según profesión. El corporativismo es una de sus características principales, al igual que el familiarismo. El estado interviene

⁹ “El criterio relevante para los derechos sociales debe ser el grado en que éstos permiten a la gente que sus niveles de vida sean independientes de las puras fuerzas del mercado. Es en este sentido en el que los derechos sociales disminuyen el estatus de los ciudadanos como mercancías” (Esping-Andersen, 1993: 20).

cuando se acaba la capacidad de la familia para atender las necesidades de sus miembros que es lo que se conoce como principio de subsidiariedad: "... Combinación de la protección social sesgada a favor del varón cabeza de familia y el carácter central de la familia como dispensadora de cuidados y, en última instancia, responsable del bienestar de sus miembros" (Esping – Andersen, 1999: 113). Es el denominado como "estado-corporativo".

- 3) **El socialdemócrata.** Se busca una igualdad de clases desde los niveles sociales más elevados en vez de primar las necesidades mínimas. Todas las clases dependen del Estado. Están basados en un universalismo que vincula los derechos sociales al individuo y no a la familia y la asistencia a la necesidad y no a la relación laboral. Se promueve la emancipación con respecto a la familia y la autonomía personal. Existe un fuerte componente de desmercantilización ya que se minimiza la dependencia con respecto al mercado que se combina con la existencia de unos potentes servicios sociales y con la difusión de importantes subsidios. Están dentro de este modelo, también denominado Escandinavo, los países nórdicos: Dinamarca, Suecia y Noruega.

1.1.3.- Y España, ¿dónde está?

¿Dentro de qué régimen entraría España? La clasificación de Esping – Andersen presenta problemas para ubicar determinados países, sobre todo, con los situados en el Mediterráneo. Este autor no pudo introducirlos de forma efectiva en su tipología y cuando lo hizo se insertaron en la categoría "conservador – corporativo". La escasa importancia otorgada en un principio al papel que las familias jugaban dentro del estado del bienestar dificultó aún más esta clasificación al ser uno de los rasgos principales de la Europa del Sur¹⁰. **Esta postura fue criticada tanto por académicas feministas que reivindicaban el reconocimiento del verdadero papel que tiene la mujer dentro del estado del bienestar, como por parte de otros autores, que intentaron ubicar estos países en un nuevo modelo a partir de sus propias peculiaridades.** Es así, que el debate que se plantea en la actualidad sobre el Estado de Bienestar en España y en otros

¹⁰ En la categorización de los regímenes del bienestar realizada en "Los tres mundos del Estado del Bienestar" de Esping – Andersen (1993) se le concede una escasa incidencia al papel de la familia como proveedora de bienestar. Sin embargo, su rol es importante no solamente en Europa del Sur, sino también en otros Estados, incluso en los nórdicos (Hernes, 1987).

países del Sur de Europa (Grecia, Portugal y en algunos casos Italia) se desarrolla entre las siguientes opciones básicas (Moreno, 2000):

- 1) Consideración del estado de bienestar español dentro de una fase en desarrollo, de manera que, todavía se encontraría en un **estadio atrasado del modelo continental corporatista** (Katrogaulos, 1996).
- 2) Posición que defiende que los países del Sur de Europa se encuentran en un **nivel rudimentario de provisión social y desarrollo institucional** (Leibfried, 1992).
- 3) Partidarios de la existencia de un modelo diferente para el estado del bienestar español. Se han desarrollado en este sentido dos opciones: los que denominan a este nuevo arquetipo como “**vía mediterránea**”, que atiende a una serie de características propias (Moreno 2000, 2001; Ferrera, 1996 ; Sarasa, 1993; Flaquer, 1995) desarrolladas en los países del Sur de Europa y; los que consideran que el estado español presenta un modelo propio estructurado en torno a los resultados en los cambios políticos, económicos y sociales acontecidos durante los años 70 y 80 y que se producirían de manera similar en todos aquellos países que han experimentado una transición democrática desde un régimen dictatorial. Es lo que se conoce como “**modelo postautoritario**” (Lessenich, 1996).

Katrogaulos (1996) analiza el estado de bienestar griego y asimila sus características con las del resto de los países mediterráneos (España, Portugal, Irlanda y el sur de Italia), los cuales **identifica con el modelo continental** (denominado modelo conservador en la clasificación de Esping – Andersen) porque presentan unas estructuras del bienestar similares a éste: seguridad social segmentada y desproporcionalmente basada en las pensiones, subdesarrollo de los servicios sociales, derechos basados en la contribución mediante el empleo y énfasis en el rol de la familia como el núcleo del cuidado familiar. Considera que el escaso desarrollo de las estructuras del bienestar en estos países no se debe a ningún rasgo específico institucional u organizacional, sino que está relacionado con el atraso económico. Tanto España como Grecia y Portugal tienen un importante sector agrícola (Ferrera, 1996), unas fuertes pautas de familiarismo y unas redes de parentesco muy afianzadas.

Es así como Katrogaulos coincide con los teóricos de la “lógica del industrialismo” (Flora y Alber, 1981) en el análisis del surgimiento del estado del bienestar. Esta postura asimilaba la aparición de la política social con el industrialismo y la destrucción de las formas tradicionales de reproducción social. Aunque la política social apareció 50 ó 100 años después de la destrucción de la comunidad tradicional, estos autores mantienen que es necesario un excedente para que se produzca una desviación económica hacia el bienestar social. El nivel de desarrollo económico es entonces fundamental para la aparición de los estados del bienestar. Esta argumentación es una vuelta hacia los postulados liberales: la redistribución social pone en peligro a la eficiencia en los momentos de escaso nivel económico (Esping – Andersen, 1990). Se identifica la falta de derechos sociales con escasos niveles monetarios, con lo cual, la justificación de su ausencia es siempre la falta de dinero y no la falta de voluntad política.

El incremento del gasto social de los años 80 supone para Katrougalos una convergencia necesaria entre los países Europa del Sur a los estándares marcados por el resto de los estados continentales. Es así como esta región tiende a una readaptación a un sistema residual del bienestar imitando las pautas de los otros países continentales. Ejemplo de ello es la introducción en Grecia de una pensión universal no contributiva para los mayores de 65 años y el establecimiento en España de las rentas mínimas de inserción (similares al esquema francés). Grecia, España y Portugal formarían una subcategoría del modelo continental.

Otros autores, entre los que destaca Leibfried (1992), añaden una cuarta categoría a la clasificación de Esping – Andersen en la que se incluyen a los países del Sur de Europa (Grecia, España, Portugal y también Irlanda por sus bajos niveles en gasto social) dentro de un “**modelo rudimentario del estado del bienestar**”, denominado “**Latin – Rim**”. En esta línea, Kosonen (1994), propone un modelo periférico en el que estarían incorporados los tres países mediterráneos e Irlanda, teniendo en común, un bajo nivel del gasto social, el principio de seguridad social y el rol tradicional de las mujeres.

Lessenich (1996) por su parte, añade como categoría al análisis de Esping – Andersen la de “**países postautoritarios**” entre los que se incluiría España y también algunos países de la Europa del Este. Una de las peculiaridades de estas naciones estaría en que se

produjo una ruptura del continuismo político que tuvo lugar durante décadas, pasándose de un corporativismo despótico a un régimen democrático y plural. Ello implica el acceso a un proceso de modernización no lineal que supuso el paso de un “garantismo autoritario” a un arreglo de “desregulación concertada” dentro del ámbito económico y laboral. Durante la época dictatorial predominaba un sistema laboral de alto intervencionismo estatal en la dirección económica que tenía como función un control social y la legitimación del régimen, que se mantenía bajo el principio de la estabilidad en el empleo. Ésta era la base de la política social materializada desde el ámbito laboral mediante empresas paternalistas que ofrecían beneficios sociales a sus trabajadores acallando así las desavenencias de la clase trabajadora ante la ausencia de sindicatos¹¹.

Con la transición política hacia un régimen democrático el estado reduce su papel interventor e institucionaliza un pacto social (que en el resto de los países occidentales había tenido lugar después de la Segunda Guerra Mundial) tripartito entre sindicatos, empresarios y estado. El proceso de crisis económica al que se vieron sometidos los países a nivel internacional dio como respuesta en estos países postautoritarios la creación de un mercado laboral centrado en la desregulación y la flexibilización que introduce una continúa precarización en el ámbito de las relaciones laborales agravado por la existencia de una política social “que ha impulsado una pluralidad en las modalidades de contratación” (Lessenich, 1996). La no presencia de una política asistencial adecuada a las sacudidas del mercado convierte a las familias en las principales agencias de salvaguardia del bienestar.

Es en momentos recientes cuando se ha observado que el régimen de bienestar español y del Sur de Europa corresponde a un nuevo modelo, denominado “**vía mediterránea**” (Moreno 2000, 2001; Ferrera, 1996; Sarasa, 1993; Flaquer, 1995) cuyos países presentan unas características determinadas en las que influyen diversos procesos históricos, políticos y económicos. Todos han experimentado una dictadura y han realizado su transición a la democracia (tres de ellos en 1970) durante el siglo XX, y todos han tenido en el poder partidos socialistas durante ese período post – transicional (Giner, 1985). Además, con respecto al desarrollo del estado del bienestar también

¹¹ “Ante todo, la generalización del empleo continuo y estable sirvió de sustituto funcional para un sistema de prestaciones sociales que durante toda la etapa franquista permaneció subdesarrollado” (Lessenich, 1996:153).

existen una serie de analogías similares: oportunidad tardía en los procesos de industrialización y modernización, el rol central de la Iglesia y la naturaleza de los regímenes despóticos que se han implantado en estos países (Cousins, 1995).

Moreno (2000) y Ferrera (1995) señalan una nueva peculiaridad: la estructura mixta de los sistemas de protección social en los países de la Europa meridional que llegan a configurarse como una vía media entre el modelo de Bismarck de rentas ocupacionales y el modelo de Beveridge de cobertura universal. Es una mezcla entre las políticas de bienestar universales y selectivas. Se trata de sistemas de seguridad social que tienen como principio regulador la pertenencia al mercado económico formal (al igual que los estados del bienestar continentales). Esta filosofía contributiva genera importantes desigualdades en los niveles de protección entre la clase trabajadora ayudando a una mayor segmentación del mercado laboral que de por sí ya aparece polarizada (Ferrera, 1996) con un peso importante de la economía sumergida. Esta fragmentación se combina con el acceso universal a los sistemas de salud¹² y a las pensiones de vejez, siendo ambos elementos los que tienen un mayor porcentaje del gasto social.

Moreno (2001) identifica como exponente de este modelo a España que combina los recursos de bienestar estatales, familiares y privados (mercados) para la obtención de satisfacción vital y autonomía de los ciudadanos. El elemento principal de bienestar es la familia, lo que ha generado un determinado estilo de vida entre estos países meridionales. El núcleo familiar es la institución central en torno a la que gira el bienestar de sus miembros ocupándose de los mismos en situaciones de enfermedad, desempleo, empleo precario y cualquier otra situación de necesidad. Los recursos se reparten y se comparten dentro de la parentela, siendo bastante común la existencia de empresas y de empleos familiares dando lugar a una red clientelar (Ferrera, 1996). Aparecen procesos de emancipación tardía entre los jóvenes que dependen de la economía familiar hasta edades maduras (Gil Calvo, 2002), por lo que existen altos niveles de concentración de las viviendas entre las personas más mayores (Flaquer, 1995).

¹² En España el sistema de salud universal se introdujo en 1986 aunque no fue efectivo hasta 1990. Como apunta Ferrera (1996) también es característico de los países de Europa del Sur el sistema mixto público/privado en la sanidad. Se produce una colisión entre ambas esferas con importantes beneficios para ésta última. Se comparte además personal médico e instalaciones por medio de los denominados "conciertos".

El estado del bienestar descansa en estos países en el núcleo familiar, ya que es éste el proveedor principal en momentos de dificultad. Destaca de entre todos el papel desempeñado por la mujer cuyo rol es determinante para el desarrollo del ciclo vital de los miembros de la familia. La inserción del colectivo femenino al mercado laboral ha derivado en una combinación de trabajo externo al hogar y el desempeño de las tareas domésticas, por lo que las mujeres mediterráneas ya se han ganado el nombre de “supermujeres”¹³.

1.1.4.- Mujer, familia y Estado de Bienestar. La variable género.

La combinación e interrelación específica en los países de la Europa del Sur en los aspectos familia, mercado y estado engendra un régimen de bienestar propio según los autores que apoyan esta “vía mediterránea”. La conexión entre esas tres variables que Esping – Andersen ya había analizado en, “Los tres mundos del Estado del Bienestar” ha suscitado diversas críticas y una multitud de bibliografía centrada en revisar el papel de cada uno de estos factores en la provisión social. Las **teóricas feministas** son las que han realizado un mayor número de aportaciones denominando con los términos “**power resources analysts**” (Esping – Andersen, 1990; Korpi, 1980) y “**corriente mainstream**”, a aquellos paradigmas que estudiando el estado de bienestar no habían incorporado la variable género en sus análisis.

La **corriente mainstream** se preocupó en explicar la creación, el crecimiento y el desarrollo de los estados del bienestar a partir de unas variables monocausales centradas en el mercado laboral, en la operacionalización del estado del bienestar a través del gasto social y en los procesos de modernización e industrialización de la época. Se utilizó en este caso como elemento clave para la provisión social las dinámicas de clase, olvidando la perspectiva de género. La ausencia de esta dimensión provocó durante años el olvido en el mundo académico del análisis de la influencia de la relación hombre/mujer en la formación del estado del bienestar y la calificación del compromiso político de las mujeres como suplementario (Daly, 1994).

¹³ “Por supermujer nos referimos a un tipo de mujer mediterránea que ha sido capaz de reconciliar su trabajo no remunerado en el hogar con sus cada vez mayores y más exigentes actividades profesionales en el mercado laboral formal” (Moreno, 2003).

La escuela de los “**recursos del poder**”¹⁴ se centró en estudiar los estados de bienestar desde una perspectiva comparativa (Esping – Andersen, 1990) en torno a las dimensiones ya mencionadas de “relación estado – mercado”, “estratificación” y “mercantilización” en las cuales no se abarcaban las diferencias de género (Daly, 1994). La producción académica feminista de mediados de los años 90 se ocupó de incorporar este factor al estudio del análisis del estado del bienestar.

Las aportaciones desde una **perspectiva de género** se han basado principalmente en una revisión de cada una de las dimensiones que vertebraron los primeros análisis de Esping – Andersen sobre el Estado del Bienestar. En concreto, sus contribuciones han sido las siguientes:

1) **Relación estado-mercado.** En cuánto a las agencias prestadoras de protección social la escuela de los “recursos del poder” otorgó especial interés al análisis de la relación estado-mercado por ser considerada la principal fuente de provisión social. Se ignoró, por tanto, la trascendencia de la tríada estado-familia-mercado. Ello implicó que no se reconociera adecuadamente el papel de la familia como dispensadora de bienestar y, por lo tanto, se olvidase del rol central de las mujeres dentro del mercado informal y de la división sexual del trabajo inherente no solamente al núcleo familiar, sino también al estado y al mercado (Orloff, 1993)¹⁵.

Desde una perspectiva de género la tipología de los regímenes de bienestar de Esping – Andersen adolece de algunas deficiencias motivadas por la insuficiente incorporación de la familia como un agente de protección social. Este autor utilizó tres estados como “modelos” de su tipología para analizar la situación del bienestar en cada uno de ellos: Suecia (modelo nórdico), Alemania (modelo conservador) y EE.UU. (modelo liberal). Las diferencias entre estos tres territorios en el ámbito de la política social son claras. En Suecia al contrario de lo que sucede en Alemania existe una importante cobertura en servicios sociales que permiten una mayor participación femenina en el mercado laboral

¹⁴ Traducción efectuada por Moreno (2001) del término “power resources approach”.

¹⁵ Ya en los años 70 y 80 se desarrolló una corriente feminista unida al paradigma marxista que entendía al estado de bienestar como una intervención cuyo objetivo consistía en garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo en la familia respondiendo de esta forma a las contradicciones inherentes del sistema capitalista entre la reproducción de los trabajadores y la producción material. La familia y el estado aparecían como agentes de opresión femenina que fortalecen la división sexual del trabajo y mantienen todas las fuentes de poder en manos de los varones (Carrasco, 1997:19).

y la inserción de las mujeres en el empleo público, ya que son ellas las que se ocupan de la asistencia social proporcionada por el estado. Mientras, en EE.UU., el empleo femenino ha crecido bruscamente a través de las fuerzas del mercado, que son las que se ocupan de la provisión social (Orloff, 1993). Desde una perspectiva de género, al análisis de Esping – Andersen le falta señalar la **concentración tanto en Suecia como en Alemania de empleo femenino en contratos de tiempo parcial**. Es más, de los tres países analizados, Suecia tiene la segregación ocupacional de género más acusada. La visión suecocentrista de este autor le hace contemplar al estado nórdico como aquel que posibilita la elección en el ámbito femenino de trabajar para el hogar o para el mercado. Según O'Connor (1992) las alternativas se basan en permanecer en el hogar como esposas y madres o combinar el trabajo pagado con las tareas domésticas.

El problema del análisis de la escuela de los “recursos del poder” es que resalta la primacía del estado y del mercado por encima de la familia para la provisión de servicios personales, cuando en realidad **esta protección está basada en las diversas relaciones de poder que tienen entre sí las instituciones y la división sexual** que existe adyacente a este juego de dominios en los que el género es fundamental (O'Connor 1992).

Esping – Andersen es consciente del rol de provisión de bienestar que se desarrolla en el seno familiar, pero no incorpora en su armazón teórico la dimensión de género, las diferencias sexuales en la división del trabajo y la desigual posición de hombres y mujeres tanto en la familia como en el mercado (Carrasco, 1997:25). En la relación estado-mercado la preocupación central gira en torno a un análisis cuantificador que trate de medir el papel de ambas esferas como agencias proveedoras de bienestar social. **Desde una perspectiva de género la cuestión a investigar sería ¿hasta qué punto las políticas estatales permiten una liberalización de la mujer de sus responsabilidades en el ámbito doméstico?** (Bussemaker y Van Kersbergen, 1994).

2) **Estratificación.** A pesar de que incorporar la dimensión de estratificación en el interior de los estados del bienestar supone un reconocimiento de la existencia de una fuente de desigualdad en los mismos, en el análisis de Esping – Andersen solamente se mencionan las jerarquías desarrolladas en términos de clase, obviando por tanto, las de género y también las de etnia. Ello implica que no se hayan estudiado la división de

criterios existentes para el acceso de muchas políticas sociales que se centran en unos determinados status en los cuáles predominan abiertamente hombres o mujeres. En aquellos estados en los que la seguridad social está basada en un régimen contributivo mantenido por las cotizaciones de los trabajadores, hay que ser conscientes de cuáles son los actores que predominan dentro del mercado laboral formal. La estratificación según género de la protección social está vinculada a los beneficios asociados al mercado laboral, en los que predominan los usuarios masculinos, y aquellos vinculados a los programas de asistencia social, en los que entran principalmente las mujeres. Ambos sistemas no son equitativos. Es más, hay muchos casos en los que la asistencia social se basa en la situación familiar o en el status que se ocupa dentro de la familia normalmente ante la ausencia del varón (por ejemplo: madres solteras con hijos a cargo, viudas...) (O'Connor, 1996).

Como señala Orloff (1993), esta política no es más que un reflejo de las relaciones de poder desiguales de hombres y mujeres durante la vida activa, de forma que, muchas mujeres son incorporadas al sistema de bienestar teniendo como base la contribución de sus maridos más que como personas demandantes de sus propias necesidades.

La construcción del sistema de provisión social también es un indicador que demuestra las diferencias de género. Así, en los regímenes liberales los beneficios sociales están dirigidos a las personas con menos recursos, quedando el resto de los ciudadanos relegados a los beneficios y servicios del mercado. En estos regímenes las mujeres son más dependientes que los hombres de la protección estatal, por lo que se produce una estratificación por clase y por género. En el modelo nórdico la situación es bastante diferente. La promoción de políticas universales y de una protección social basada en beneficios mediante servicios ha conllevado a la politización de las mujeres por una doble vía: como trabajadoras y como clientes. La inserción laboral femenina se ha efectuado en base a la creación de un empleo público de servicios personales que ha contribuido a su politización y a su movilización (Hernes, 1987).

3) **Desmercantilización.** Las críticas al término de desmercantilización se desarrollan en torno al ámbito de alcance de este concepto. Desmercantilización hace referencia al nivel en el que los individuos son capaces de vivir por sí mismos sin depender de un salario laboral por lo que no se tienen en cuenta a todas aquellas mujeres que no han

podido ser mercantilizadas porque no han llegado a conseguir un trabajo remunerado. La desmercantilización solamente puede tener lugar una vez que se haya producido una mercantilización y, las mujeres que se dedican a las labores domésticas, no dependen del mercado, sino que lo son principalmente de sus maridos. Es más, incluso en el caso de aquellas mujeres que poseen unos ingresos salariales, éstos suelen estar espoleados por la temporalidad y la precariedad y los mismos se perciben como complementarios del salario masculino (Guillén, 1997).

Este término de desmercantilización tampoco enfatiza las diferencias en las dinámicas de empleo según sexo. Así, las mujeres y los hombres, tienen entradas y salidas del mercado laboral por cuestiones diferentes. Las mujeres suelen acceder o abandonar el mercado de trabajo por situaciones familiares y por factores socio – emocionales en mayor medida que los hombres (Daly, 1994).

Asociado al concepto de mercantilización aparece el término de ciudadanía que desde finales del siglo XIX está vinculado al trabajo asalariado. La inserción laboral no solamente confiere una ganancia económica, sino que es uno de los mecanismos a partir de los cuáles se define el status individual y se otorga un reconocimiento social. La no inclusión de la mujer en el ámbito laboral formal introduce efectos negativos sobre la construcción de su propia ciudadanía (mermada también en otros colectivos sociales como los desempleados o los discapacitados) (Pateman, 1988).

Este debate sobre ciudadanía e inserción en la economía, olvidado por muchos académicos a la hora de analizar el estado del bienestar, ya estaba presente en las corrientes de teoría política del pensamiento feminista desarrollado durante los años 70 y 80. El argumento central se detenía en explicar como el estado de bienestar ha contribuido al mantenimiento de una categoría de ciudadanía diferente para las mujeres y que puede ser calificada como de “peor calidad” (Pateman, 1988). En algunos casos este planteamiento se ha asociado a la situación imperante en los países nórdicos. La inclusión de la mujer al mercado laboral en estos estados se ha producido principalmente a través de empleo público de servicios sociales/personales, por lo que algunos grupos feministas siguen considerando que este tipo de estados todavía no ha eliminado su planteamiento patriarcal, pasando las mujeres de depender del “varón

sustentador” al “estado sustentador”¹⁶. Sin embargo, otro grupo de teóricas, consideran que a pesar de la certeza de la existencia de esa dependencia con respecto al estado, hay que tener en cuenta, que la mujer puede hacer públicas sus demandas como ciudadana y como trabajadora, mientras que, en el modelo del varón sustentador, sólo podía permanecer en el interior de la esfera privada (Pateman, 2000; Hernes, 1987). Pero, la no existencia de organizaciones fuertes que defiendan sus intereses similares a los sindicatos masculinos y la asunción del estado como principal empleador femenino dentro del sector público genera cuando menos un cuestionamiento del grado de “independencia de las mujeres” (Carrasco, 1997).

Se han incorporado además otras dos nuevas dimensiones al estudio de los estados del bienestar desde esta perspectiva de género. Orloff (1993) y O'Connor (1996) resaltan los factores de **“acceso al trabajo remunerado”** y la **“capacidad para formar y mantener una vivienda autónoma”** que están relacionados con un elemento que gradúa la independencia o la **autonomía personal**. La dependencia de las mujeres con respecto al trabajo masculino afecta no solamente cuando se produce una convivencia conjunta, sino que también tiene repercusiones si deciden abandonar la relación. El papel desmercantilizador del estado no debe ser medido solamente mediante el nivel de dependencia con respecto al mercado, sino también, como un nivel de dependencia con respecto al núcleo familiar. Las políticas familistas de determinados países, como España, toman como unidad básica de derechos sociales los miembros de la unidad familiar y no los individuos por sí. Ello genera procesos de dependencia y de discriminación con respecto a las mujeres que generalmente son las que tienen una menor capacidad de autonomía¹⁷.

Actualmente, el estudio de los estados de bienestar ya no puede ser realizado sin considerar el grado de acceso de las mujeres al trabajo remunerado no asistencial y reproductivo, las asunciones de las tareas de la división sexual entre hombres y mujeres y el grado de proporción de los servicios sociales y de los ingresos individuales (Saraceno, 1995). Es más, la dinámica económica y la estabilidad familiar, se han convertido en las variables fundamentales que explican el mantenimiento del estado del

¹⁶ Dentro de esta línea, como señala Pateman (2000) se encontrarían Fox Piven y Sawyer.

¹⁷ Esping – Andersen trató de corregir la ausencia de estas dimensiones en su tipología mediante el concepto de familiarismo utilizado en su libro “The Social Foundations of Postindustrial Economies” (1998) y en posteriores artículos (2000b, 1996, 1997).

bienestar durante la posguerra. Esping – Andersen ha incorporado en sus últimas publicaciones el análisis de esta situación reconociendo que su tipología estaba ceñida a los condicionantes socioeconómicos prevalentes en las sociedades avanzadas de los años 70-80: estructura del mercado laboral en torno al trabajador masculino, único miembro familiar asalariado y mantenimiento del hogar y de los cuidados personales por parte de la esposa¹⁸.

En algunos casos las teóricas feministas han establecido **tipologías** de los regímenes del bienestar basadas en la división sexual del mercado laboral y de sus implicaciones para el mantenimiento del estado del bienestar. En esta línea se sitúan las aportaciones de Langan y Ostner (1991) que analizan los diferentes regímenes de bienestar revisando la situación económica y política de las mujeres. Según esta tipología, España se encontraría dentro de los estados con regímenes de bienestar cuyas políticas sociales basadas en los niveles contributivos perjudican la situación de las mujeres, acentuada por la existencia de un mercado laboral cada vez más polarizado en torno a trabajadores con un empleo estable y aquellos que poseen un empleo precario en el que normalmente se encuentran sobrerrepresentadas las mujeres y los jóvenes (Carrasco, 1997); Lewis (1992) realiza una clasificación del bienestar en torno a la fuerza o debilidad que tenía en cada estado el modelo de “varón sustentador”. Categoriza a los estados como fuertes, moderados o débiles según la presencia de esta variable¹⁹; Siaroff (1994) establece una tipología basándose en las diferencias de acceso a un empleo remunerado según hombres y mujeres y las características en el acceso de ambos sexos a los beneficios sociales.

La prolífica y vasta literatura feminista que se desarrolló desde los primeros años de la década de los 90 y que tenía como objetivo principal el estudio del surgimiento del estado del bienestar desde una **perspectiva de género** ha sido clave para el

¹⁸ “El modelo de pleno empleo keynesiano sólo fue posible con el mantenimiento de una estructura social familiar concreta. La del padre de familia que trabaja fuera de casa y la mujer que se ocupa de las labores domésticas” (Esping – Andersen, 2000a).

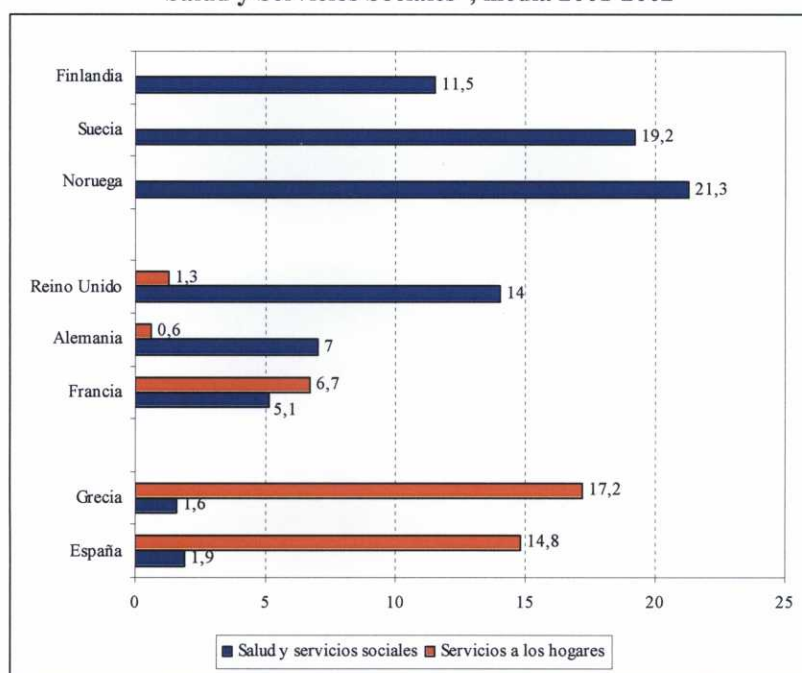
¹⁹ Los estados clasificados como “fuertes” son Gran Bretaña, Alemania y Holanda, ya que en estos países las políticas sociales están basadas en la creación de un modelo de esposa dependiente del varón cabeza de familia. En la categoría “moderados” se incluye a Francia, ya que en este país, las mujeres han ganado derechos como madres ciudadanas y madres trabajadoras. Se fomenta la incorporación de las mujeres al mercado laboral junto con un fuerte soporte del salario del varón. Los estados “débiles” son identificados con los que surgen a finales de los años 70 en Suecia y Dinamarca. Existen dos cabezas de familia y las bases del derecho social de las mujeres vienen dadas como trabajadoras.

reconocimiento del papel de la mujer como sustentadora del estado del bienestar y la rectificación de los postulados anteriores que habían ignorado su presencia. No es de extrañar, por tanto, que este no reconocimiento del papel de la mujer nativa se produzca también con el colectivo femenino extranjero. Esta investigación pretende sacar a la luz el aporte de las mujeres inmigrantes a la protección social mediante su incorporación laboral a aquellas actividades que suplen la existencia de unos servicios sociales adecuados. La estructura del estado de bienestar modela en este caso el mercado laboral del sector doméstico de cuidados, sacando esta tarea del ámbito familiar gratuito y demandando un determinado modelo migratorio.

1.1.5.- Un Estado de Bienestar y un Modelo Migratorio complementarios

El Estado de Bienestar “familista” característico de Europa del Sur introduce a la familia como institución central que se ocupa de las contingencias personales sufridas por sus miembros. Esta concepción de una política social centrada en el trabajo familiar junto con la ausencia de unos niveles adecuados de servicios sociales, supone que en aquellos casos en los que la malla de parientes no pueda afrontar las contingencias de sus miembros, la familia decida privatizar la satisfacción de sus necesidades. Cuando la necesidad es el cuidado de una persona mayor, la familia puede mercantilizar la asistencia por diferentes vías, sin embargo, la más usual y común en los países mediterráneos es la contratación de una empleada de hogar inmigrante. Esta situación que es característica del caso español no aparece en los países de la Europa continental y nórdica (Navarro, 2002). En España tan sólo el 1,9% de las cuidadoras extranjeras desempeñan esta actividad de forma profesional en el ámbito de la “salud y los servicios sociales”, mientras que un 14,8% de este colectivo está incluido en tareas relacionadas con “servicios a los hogares”. Grecia presenta una situación parecida, las cifras en este caso varían del 1,6% al 17,2%. Sin embargo, en Noruega el 21,3% de la población extranjera desempeña las tareas de cuidado inserta en el Estado del Bienestar.

Gráfico 1.1.- Población extranjera empleada en las actividades “Servicios a los Hogares” y “Salud y Servicios Sociales”, media 2001-2002



Fuente: OCDE (2004), *Tendances des migrations internationales: rapport annuel 2003*, París, OCDE :59

La diferente organización del “trabajo de cuidados” en el seno de los regímenes de bienestar y su delegación al servicio doméstico en el caso de los países de Europa del Sur está determinada por la evolución histórica de cada una de estas regiones tanto en términos políticos y económicos, como aquellos que enmarcan el mercado laboral. Hay que tener en cuenta que mientras en los años 30 en Suecia se estaba planteando un debate sobre la conciliación familiar y laboral, en la Europa fascista se intentaba relegar a las mujeres a sus roles de madres y esposas. En la Europa nórdica, a medida que las tasas de natalidad iban descendiendo ya se empezó a traspasar parte de las tareas domésticas a los servicios de bienestar, siendo el empleador el Estado y no la familia (Platzer, 2006). De ahí que los sirvientes domésticos en esta región fuesen desapareciendo paulatinamente a lo largo del siglo XX. La extinción de los criados sobre la población activa en el caso sueco puede observarse en los datos que ofrece Sarti (2005): en 1950, el porcentaje de domésticos sobre la población activa era de un 2,9%, en 1960, un 1,3% y en 1990 tan sólo representaban al 0,05%.

Según esta autora existe una correlación entre la incidencia del servicio doméstico y el gasto social público, de tal forma que los trabajadores domésticos son más numerosos en aquellos países europeos en los que la inversión pública en servicios sociales es

menor. La tabla que aparece a continuación ofrece una comparación de las variables gasto social público, porcentaje de trabajadores domésticos sobre población activa y ratio de empleo femenino entre diversos países del entorno europeo. El caso de España destaca por poseer el peso de empleados domésticos más elevado (un 3,4%) y el porcentaje de gasto social público más pequeño (19,6%).

Tabla 1.1.- Porcentaje de trabajadores domésticos, gasto social público y ratio de empleo femenino en algunos países europeos

País	Gasto social público 2001 (% del GDP)	Porcentaje trabajadores domésticos sobre la población activa 1980-89	Ratio empleo femenino 2004
España	19,6	3,4	48,9
Italia	24,4	0,9	45,2
Francia	28,5	1,4	56,6
Noruega	23,9	2,7	72,7
Alemania	27,4	0,6	59,9
Suecia	29,8	0,05	71,8

Fuente: Sarti (2006a, 2006b, 2005); OECD, Social expenditure database (www.oecd.org/els/social/depenses); ILO, Internacional Labour Organization (www.ilo.org)

Las cifras también indican que en algunos países nórdicos, como en Noruega, se ha incrementado en los últimos años el recurso privado de las domésticas debido a las tendencias privatizadoras de la política social y a las mejoras en los beneficios salariales de las empleadas de hogar. Sin embargo, esa mercantilización está acompañada de un elevado gasto público²⁰ y se produce dentro de un mercado laboral regulado. Sin duda, el hecho de que en Europa del Sur predomine un régimen de bienestar mediterráneo, con servicios sociales poco desarrollados y basado en la asunción de que las familias (madres y esposas) son las principales responsables de satisfacer las necesidades de los individuos, ha provocado la formación al margen del estado de un mercado laboral sumergido centrado en trabajo doméstico que también incluye el desempeño de tareas reproductivas. El incremento de la participación laboral femenina, y el envejecimiento de la población han repercutido en el aumento de la demanda de domésticas, principalmente para efectuar las tareas de cuidados.

En España en concreto, el desarrollo de este sector doméstico de cuidados destinado a la asistencia de personas mayores coincide con un contexto de relevante intensidad migratoria en nuestro territorio. El quinquenio 2000-2005 es el de mayor incorporación

²⁰ Según Widding Isaksen (2005) en Noruega también se ha seguido la opción de “exportar” sus mayores a España en donde los costes de cuidados son más bajos.

de inmigrantes en la historia de España. El número de extranjeros se multiplica por cuatro desde el año 2000 hasta el 2005. En términos relativos evoluciona de un peso de un 2,3% a un 8,4% (Padrón Municipal de Habitantes a 1 de Enero). La aceleración de los flujos migratorios en los últimos años es una de las principales características de la inmigración que actualmente recibe no solo España, sino también, todos los países de Europa del Sur²¹, convirtiéndose así este espacio geográfico en receptor de inmigración internacional. La composición de esta inmigración destaca además por estar protagonizada por población femenina a diferencia de la inmigración que los países centroeuropeos recibieron en los años 70, asociada al “varón cabeza de familia”. Castles y Miller (1993:8-9) identifican ya a comienzos de la década de los noventa que la feminización de la migración internacional es la tendencia que modela la “nueva era de la migración”.

King, R. y E. Zontini, (2000) señalan la existencia de una serie de condicionantes geográficos, económicos y sociodemográficos que inducen a que en la Europa del Sur se instale este modelo migratorio divergente del que se instauró tras la Segunda Guerra Mundial y se extendió hasta los años 70. En La inmigración internacional recibida en el período postbélico predominaba un flujo de mano de obra masculina ocupado en las actividades industriales de la economía formal. Sin embargo, en las migraciones actuales la mujer ocupa una posición de agente activo, no asociada a decisiones masculinas y se emplea en trabajos tradicionalmente incluidos en la economía sumergida. Estas autoras señalan que la conversión del Sur de Europa de una región de emigración a otra de inmigración se debe por un lado, a la posición geográfica estratégica de esta región para la existencia de movimientos de personas pero por otro, también existen unos condicionantes económicos y sociodemográficos. La economía del Sur de Europa facilita la llegada de inmigrantes porque varios de sus sectores principales (turismo, tráfico marítimo, pesca, y en general, el sector servicios) implican vínculos con el mundo exterior. Como elemento sociodemográfico destaca el progresivo envejecimiento de la población. Así mismo, es imprescindible tener en cuenta el aumento de la participación laboral del colectivo femenino autóctono junto con las modificaciones en las formas familiares. Estos dos últimos elementos han dado lugar a

²¹ Excepto Portugal en donde la inmigración femenina es minoritaria. Oso (2003; Oso y Catarino, 1997) explica la especificidad de este país en donde la etnización del trabajo tiene lugar principalmente en el sector de la construcción y no en el servicio doméstico, por lo que la inmigración es predominantemente masculina.

que la mujer nativa no esté en el hogar y ante el hueco de su ausencia se mercantilice el trabajo que con anterioridad ella misma desempeñaba.

Analizando específicamente el caso de España es necesario incorporar un elemento añadido que podría denominarse como “**factor político**”. Dentro del ámbito legislativo, cabe recordar que tras los sucesos de El Ejido en el año 2001 y la fuerte dependencia que el Gobierno parecía encontrar en la mano de obra marroquí, se propició una ardua selección migratoria con el objetivo de “elegir otras nacionalidades” consideradas como menos “conflictivas” para el entorno de la sociedad civil española. Los elegidos fueron los latinoamericanos que por sus nexos con la cultura hispana se pensaba que tendrían una integración “menos problemática”. Para ello el Gobierno desarrolló dos regularizaciones (una en el año 2000 y otra en el 2001 denominada como “Documentación por arraigo”) de la que salieron ampliamente beneficiados las personas de la región Sur del continente americano. Si bien, en las regularizaciones que habían tenido lugar con anterioridad (en el año 85, en el 91 y en el 96) se visibilizaron, sobre todo, personas originarias del Magreb, en las del nuevo milenio, la entrada a la legalidad se dio de forma predominante entre los latinoamericanos (para ver con más detalle este tema, leer: Izquierdo et al., 2003; Martínez, 2003). Es así como se procedió a una latinoamericanización²² de la población inmigrante. En el reciente Proceso de Normalización de 2005 el 39,0% de las solicitudes presentadas corresponden tan sólo a cuatro nacionalidades latinoamericanas (Ecuador, Colombia, Bolivia y Argentina).

Esa latinoamericanización ha venido acompañada de una feminización de la inmigración, puesto que la población latinoamericana que llega a España está compuesta principalmente con mujeres. Ello se relaciona con la necesidad de mano de obra femenina para las actividades de la economía sumergida y del sector servicios, entre las cuales, se encuentra el sector doméstico de cuidados. El trabajo de campo efectuado para esta investigación refleja la preferencia de las familias empleadoras de “sirvientas” y cuidadoras procedentes de Latinoamérica (ver capítulo 3. También Martínez Buján, 2005). El idioma, la religión y, en definitiva, la cercanía cultural

²² El término latinoamericanización ha sido acuñado por Izquierdo et al (2003).

explican esta predilección. Y es así como la división internacional del trabajo llega a establecerse en el interior del ámbito privado²³.

1.2.- La evolución del concepto de “cuidados” desde la literatura académica

1.2.1.- El tratamiento de la división sexual del trabajo en la sociología clásica.

Se ha situado el origen de la sociología con el desarrollo de dos acontecimientos clave que propiciaron la transformación de la sociedad. Dos grandes revoluciones que dieron un giro al estudio del comportamiento humano debido a los cambios que impulsaron en el interior del terreno social. La Revolución Francesa y la Revolución Industrial introdujeron modificaciones en la estructura de la sociedad que diversos pensadores de los siglos XVIII y XIX consideraron preciso analizar. Porque, por una parte, supusieron la plasmación de nuevos valores inscritos en el tradicional lema de “Igualdad, libertad, fraternidad” y, por otra, vinieron acompañados de una evolución tecnológica que transformó las fuentes y recursos en el trabajo y modificó las relaciones humanas. Los clásicos de la sociología surgen con las primeras teorizaciones que interpretaron estos acontecimientos. Al estudiar el funcionamiento de las sociedades nacieron diversas corrientes que se preocuparon por establecer explicaciones sobre la estructura de la sociedad y por conocer los factores tanto de consenso y cohesión como de cambio y conflicto.

La familia fue identificada como la célula básica del orden social y, por lo tanto, la sociología clásica analizó las características de la vida doméstica y de las relaciones familiares. Aunque prácticamente todos los autores clásicos se refirieron al rol que las mujeres desempeñaban en la sociedad, normalmente se justificaba su carácter de sumisión y dependencia primero con respecto al padre y luego con respecto al marido, por lo que la mujer, no fue considerada como un agente social activo. Las principales

²³ “En otras palabras, cuando la reproducción social en países desarrollados se satisface más a través de un mercado global que a través del Estado de Bienestar, los países menos desarrollados terminan por entregar una subvención indirecta a los países desarrollados a través del trabajo mal remunerado o no remunerado. A largo plazo esta relación empeorará la desigualdad económica ya existente entre los países” (Stefoni, 2002: 124).

corrientes sociológicas plasmadas en el pensamiento de Marx (1818-1883), Durkheim (1858-1917) y Weber (1864-1920), a pesar de interpretar el papel de la figura femenina dentro de la familia, no enfocaron sus análisis desde una perspectiva de género. Esta ausencia ha continuado vigente hasta los años 60.

El interés de **Karl Marx** en el estudio de las relaciones económicas derivó en una concepción materialista de la historia y de la sociedad, en donde predominaba la dominación material y productiva de las relaciones sociales. En cuanto a la situación de las mujeres, reconocía la existencia de una opresión femenina, condicionada por la estructura capitalista. Una vez introducidas como parte de la clase trabajadora las mujeres eran utilizadas para los requerimientos de la clase media femenina, por lo que los problemas de las mujeres eran identificados como los problemas que tenían el resto de los trabajadores: el capitalismo. Sus análisis se centraron en la lucha de clases y no en la desigualdad género.

Sin embargo, el compañero de avatares socialistas de Marx, **Friedrich Engels** (1820-1895) sí hizo un sustancioso compendio sobre el origen de la familia y la situación de la mujer en su interior (Engels, 1884). Su pensamiento coincide con el de Marx cuando apunta a la supresión de la producción capitalista y de sus condiciones de propiedad como vehículos de libertad conyugal. Pero el rasgo más novedoso de Engels es el reconocimiento de la existencia de la familia patriarcal²⁴ y de la opresión masculina sobre la femenina con anterioridad a las relaciones capitalistas²⁵. Esta dominación masculina se tradujo en la delegación de la mujer a las tareas de reproducción y mantenimiento del hogar²⁶ siendo únicamente su incorporación al mundo laboral la que terminaría con esta desigualdad en el interior de la familia. Esta visión contemporánea de las relaciones hombre-mujer y de la presencia de la opresión femenina con anterioridad al desarrollo del sistema capitalista, será retomada en los años 60 cuando se

²⁴ La familia, según Engels, se caracterizaría "... por la organización de un cierto número de personas (libres o no) en una familia bajo el poder paterno del jefe de ésta" (Engels, 1985:74)

²⁵ "El primer antagonismo de clases que apareció en la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer en la monogamia; la primera opresión de clases, con la del sexo masculino sobre el femenino" (Engels, 1985:83)

²⁶ "La abolición del derecho materno fue la gran derrota del sexo femenino. El hombre llevó también el timón de la casa; la mujer fue envilecida, domeñada, trocóse en esclava de su placer y en simple instrumento de reproducción. Esta degradada condición de la mujer, tal como se manifestó entre los griegos de los tiempos heroicos, y más aún en los tiempos clásicos, ha sido gradualmente retocada y disimulada, en ciertos sitios hasta revestida de formas suaves; pero de ningún modo se ha suprimido" (Engels, 1985:74).

comience a analizar el conflicto entre hombre y mujer y la subordinación femenina desde una perspectiva de género.

Lejos de la corriente marxista, apareció con Durkheim (1858-1917) la **perspectiva funcionalista** que identifica a la sociedad como un todo formado de partes con unas funciones propias, contribuyendo cada una de ellas al mantenimiento del conjunto. Tomó de Comte su concepción organicista y positivista e impulsó una vertiente de la sociología centrada en analizar los hechos sociales, esto es, estudiar la realidad social sin detenerse en las realidades individuales, ya que existen una serie de superestructuras que condicionan las acciones de cada sujeto. La familia sería una de estas superestructuras al considerarla como una fuente portadora de solidaridad y un elemento de cohesión social, principalmente en las sociedades tradicionales, en las cuales, la estabilidad social se mantenía mediante una serie de creencias y valores compartidos (solidaridad mecánica). El advenimiento de la industrialización con el consiguiente desarrollo de las ciudades y de los avances tecnológicos, modificaría la célula de cohesión, que en las sociedades modernas se centra ya en la especialización de las tareas y en la división del trabajo (solidaridad orgánica). La familia y la comunidad desaparecen como referentes básicos de actuación al trasladarse el lugar de producción al exterior del espacio doméstico²⁷. Para que continúe el orden social, es imprescindible que en el hogar también se produzca una diferenciación de tareas²⁸.

Esta concepción de la división sexual del trabajo fue retomada por **Talcott Parsons** para quien la especialización de funciones es lo que hace posible el mantenimiento de la sociedad capitalista. La estructura de una familia en donde el rol del hombre es la provisión material y el de las mujeres ser ama de casa, esposa y madre, permite a la sociedad crear un sistema ocupacional en donde las mujeres no pueden entrar en competencia con el mundo masculino. Únicamente así es posible conservar la solidaridad que hace posible la cohesión social. Durkheim (1893) también utilizaba este

²⁷ "...Esas grandes sociedades políticas no pueden tampoco mantenerse en equilibrio sino gracias a la especialización de las tareas; que la división del trabajo es la fuente, si no única, al menos principal de la solidaridad social" (Durkheim, 2001:73)

²⁸ Para Durkheim, formaría parte de la naturaleza de la mujer que ésta se dedicase al desempeño de las labores domésticas, argumentando incluso la existencia de diferencias físicas e intelectuales entre hombres y mujeres, que hacían a éstas más aptas para el trabajo dentro de la unidad familiar (según él, la capacidad craneal de las mujeres estaba en proceso de estancamiento o regresión). "Se diría que las dos grandes funciones de la vida psíquica se han como disociado, que uno de los sexos ha acaparado las funciones afectivas y el otro las funciones intelectuales" (Durkheim, 2001:70).

concepto de competencia. Al estar desarrollada la división del trabajo en base a la densidad de la población, de forma que, a mayor condensación de individuos existe una especialización de funciones más alta, la diversificación de las tareas cumple la función de no permitir la existencia de “un todo contra todos”²⁹.

Además, según Parsons, otra de las funciones de la división sexual del trabajo sería la creación un sistema de estratificación único para todos los miembros que componen la unidad familiar. El status estaría determinado por la profesión del padre o del marido evitándose las posibles tensiones que podrían tener lugar en este sistema en el caso de que la mujer accediese a un trabajo remunerado. A pesar de este discurso, Parsons, reconoce que este tipo de estructura social funciona “a costa de negar este tipo de igualdad de oportunidades a una de las principales categorías de la población: la de las mujeres casadas; y a costa también de otorgar a los hijos de los grupos sociales superiores una considerable ventaja en la competencia por el status” (citado en Fromm et al., 1970: 58).

Aunque Parsons nunca llegó a mencionarlo su teoría fue una respuesta a los escritos de **Kingsley Davis** (1937). La principal tesis que sostenía Davis (1937) se centraba en la incongruencia existente entre el sistema reproductivo (la familia) y el sistema de organización social moderno. Consideraba que la familia no había evolucionado a la par de los cambios materiales y tecnológicos y, por lo tanto, se había quedado obsoleta con respecto a la sociedad moderna, mostrándose este desequilibrio en la caída de las tasas de natalidad. El resultado sería la inevitable pérdida de funciones de la institución familiar.

La línea argumental de Parsons, se contrapone a la de Davis. Parsons quiere demostrar en contra de lo que opina Davis, que los nuevos cambios sociales (industrialismo, movilidad social, urbanización) no supondrían el fin de la institución familiar, sino que

²⁹ “Desde un punto de vista estructural, el aspecto fundamental de la separación de las funciones de los dos sexos parece centrarse en el sistema ocupacional. La función femenina dominante es la del ama de casa, esposa y madre, especialmente en los sectores de clase media, estructuralmente cruciales en nuestra sociedad. [...] Es sabido que la separación de las funciones es, en general, uno de los mecanismos para impedir una competencia potencialmente destructora. Puede suponerse entonces que una de las principales causas de la separación de las funciones respectivas de los sexos en la sociedad norteamericana, es la importancia funcional de la solidaridad de la relación matrimonial en nuestro sistema de parentesco, puesto que el sexo es la base fundamental de la diferencias de las funciones entre los cónyuges” (citado en Fromm et al, 1970: 54-55).

significarían el auge de un nuevo tipo de familia: la familia nuclear, caracterizada por una clara delimitación de los roles sexuales (varón sustentador y mujer ama de casa) (MacInnes, 2003a). Solamente el sistema varón ganador de pan y mujer cuidadora podría mantener a las sociedades modernas. Cualquier tipo de cambio hacia la igualdad entre ambos sexos significaría una profunda alteración de las bases de la organización social. Pero... Parsons no estaba teniendo en cuenta la acelerada incorporación de la mujer al mercado laboral durante el siglo XX (MacInnes, 2003b).

Sin embargo, otros autores, han retomado estas hipótesis funcionalistas. Entre ellos destaca en la década de los ochenta la figura de **Gary Becker** (1987), quien desde una perspectiva económica ofrece tanto explicaciones centradas en la caída de la fecundidad³⁰, como argumentos que apoyan la división sexual del trabajo dentro del matrimonio. Sobre este tema, defiende que las mujeres que desempeñan su tradicional rol de amas de casa y cuidadoras lo hacen porque observan una “ventaja comparativa” en la inversión de sus recursos dentro del ámbito doméstico. Los hombres, en cambio, son conscientes de sus mayores posibilidades en la incorporación al mercado laboral. La base del matrimonio es la especialización de tareas según sexos porque ayuda a la creación de hogares más eficientes. Parece que la presencia de mujeres en el espacio doméstico es una opción elegida por ellas mismas, que responde a su propia libertad de actuación, siendo el matrimonio poco rentable para aquellas mujeres que desean desarrollar su vida profesional³¹.

Los autores funcionalistas clásicos no solamente ofrecieron una explicación de los cambios sociales y de cómo operan las funciones de la familia dentro de la estructura de la sociedad, sino que además, su pensamiento sentó las bases de una teoría sobre el cambio demográfico. Para Davis, la falta de adaptación de la familia a las nuevas pautas que marcaba la sociedad moderna era la causa de la caída de los niveles de natalidad

³⁰ Muy conocido es el análisis que realiza Gary Becker (1987) sobre el descenso de la fecundidad. Para él, la decisión de tener hijos estaría en relación directa con el precio de cada hijo con respecto a la renta familiar. La reducción del tamaño de la familia vendría motivado por la modificación del valor de los hijos, de forma que, en la actualidad, se tienen hijos primando la calidad de los mismos y no su cantidad.

³¹ “La especialización en tareas, tal como la división del trabajo entre hombres y mujeres, implica que se depende de los demás para ciertas labores. Las mujeres han delegado tradicionalmente en los hombres la provisión de alimentos, refugio y protección, mientras que los hombres han delegado habitualmente en las mujeres la crianza y cuidado de los hijos y el mantenimiento de la casa. Consecuentemente, tanto hombres como mujeres han mejorado con el matrimonio, que no es sino un término con el que se describe un contrato a largo plazo, bien sea oral, escrito o regido por la costumbre, entre un hombre y una mujer para producir hijos, alimentos y otras mercancías en un hogar común” (Becker, 1987: 46-47).

que tuvieron lugar durante la época en la que él escribía³². Parsons, por su parte, únicamente consideraba viable la supervivencia de la fecundidad en un sistema en el cual las responsabilidades afectivas, emocionales y de socialización se producían en el seno familiar y estaban dirigidas por las mujeres.

Es en torno a este debate cuando surgen otras perspectivas académicas sobre la relación entre el cuidado de los niños, la fecundidad, la incorporación laboral femenina y las diferencias entre los roles de hombres y mujeres dentro de la unidad familiar. La familia, las mujeres y su rol como cuidadoras empezaron a tenerse en cuenta en el mundo académico con la aparición del descenso de las tasas de natalidad y fecundidad. Autores como Alva Myrdal (1941) o Van de Kaa (1987) inauguraron otras líneas teóricas centradas en explicar las consecuencias de la incorporación femenina al trabajo formal, tanto sobre las propias mujeres como sobre la sociedad. Surgen nuevos debates sobre el aumento del poder de las mujeres y los aspectos positivos de su independencia y comienzan estudios que analizan estos fenómenos desde una perspectiva de género, considerando a las mujeres como agentes activos de los cambios sociales.

1.2.2.- De la invisibilidad de género a la invisibilidad de clase y etnia.

De la misma forma que la sociología clásica institucionalizada comenzó con el estudio de las transformaciones de la sociedad durante los siglos XVIII y XIX, el análisis del rol de la mujer en el interior del hogar y de la familia desde una perspectiva de género ha tenido que retrotraerse a los cambios en las relaciones humanas que empezaron a surgir en esa época. El desarrollo de la industrialización y la separación del ámbito laboral con respecto al espacio reproductivo, supuso una incidencia fundamental en el aumento de la división sexual del trabajo (Oakley, 1974). Dos mundos con especializaciones diferentes comenzaban a gestarse. El ámbito del cuidado, del afecto y del consumo correspondía al hogar mientras que se despojaba de sus anteriores funciones de producción de bienes. El “trabajo” empezó a ser definido únicamente en términos de su producto final, el salario, por lo que los “trabajos” ajenos a las relaciones económicas formales pasaron a ser “invisibles” en una sociedad de capitalismo ascendente. Las relaciones de producción ya no estaban marcadas dentro del ámbito familiar, al cual a

³² Durante los años 40, con el surgimiento del baby boom, abandonó esta tesis.

partir de ese momento correspondían tareas exclusivas de mantenimiento doméstico y de cuidado y asistencia a las personas que formaban parte de él. La industrialización supuso una transformación del sistema familiar y económico y una reestructuración de los roles de los hombres y las mujeres en su relación con el mercado. La disociación público/privado comenzó a tener un componente hombre/mujer más que de individuo/familia.

Los primeros análisis sociológicos realizados desde una perspectiva de género se centraron en explicar la evolución de la diferenciación de roles entre hombres y mujeres dentro del hogar con el paso de la sociedad preindustrial al auge del capitalismo (Borderías et al., 1994) y en estudiar las relaciones entre el capitalismo y el trabajo doméstico. El momento de expansión de estas investigaciones se sitúa durante los años 60 con el bagaje de las **teóricas feministas-marxistas**³³. La estratificación por género fue introducida por estas investigadoras que focalizaron su atención sobre **la división sexual del trabajo y la disociación público/privado como la fuente sobre la que se producía la desigualdad**.

El planteamiento de esta perspectiva teórica partía de la consideración de que la familia se constituyó, hasta la Revolución Industrial, como la unidad de producción en la cual se elaboraban los bienes tanto materiales como alimentarios necesarios para su propia subsistencia. La introducción de una economía de mercado modificó esta filosofía. Los hombres pasaron a formar parte de un trabajo asalariado y los productos dejaron de fabricarse en el interior del hogar a comprarse a cambio de dinero. La mano de obra infantil ya no era necesaria y ahora la familia no se encargaba de traspasar de generación en generación las aptitudes artesanales y los conocimientos precisos sobre las técnicas de autosuficiencia. La socialización y la educación en los valores mercantiles eran las claves sobre las que se centraba la educación de los hijos. Ello supuso una reducción del tiempo invertido en las tareas domésticas que se canalizó en el cuidado de los infantes. Socialmente se adscribieron estas actividades a los miembros femeninos por lo que se construyó una ideología centrada en torno a la justificación de su relegación al espacio doméstico. La funciones de la familia fueron redefinidas en base a asegurar la protección de los miembros que no accedían al mercado laboral, el

³³ Excelentes revisiones teóricas sobre este debate son las efectuadas por Kaluzynska (1980), Borderías (1994) y Parélla (2003).

cuidado de los enfermos, el mantenimiento del hogar, el consumo de los bienes producidos por el mercado y la socialización de la futura fuerza de trabajo. Se produjo una devaluación de las labores domésticas que reforzaron la dependencia de la esposa con respecto al marido. La marginalización económica de las mujeres generó que el matrimonio fuese la opción más razonable para la supervivencia femenina. Al mismo tiempo se inscribió un nuevo código de conducta para las mujeres anclado en torno al culto a su domesticidad, el culto a la femineidad y en sus cualidades para el mantenimiento del hogar, que pasó a ser concebido como el retiro del mundo capitalista y el lugar de refugio para los hombres (Abramovitz, 1989).

La producción científica feminista-marxista se desarrolla paralelamente a la evolución de los Nuevos Movimientos Sociales y la aparición de las feministas de la Segunda Ola que asumieron una labor de presión hacia los cauces convencionales en los cuáles se había instaurado la ciencia tradicional. Empiezan a visibilizarse mediante escritos y publicaciones las segregaciones por sexo explicadas no por una cuestión natural como en su momento había planteado Emile Durkheim (1893), **sino por una promoción realizada a partir de las propias estructuras sociales** (Crompton, 1999a, 1999b). El capitalismo puede separar las esferas de producción y reproducción pero el contenido de género en cada una de las divisiones responde al desarrollo de las formas de organización económica.

La incorporación de la perspectiva de género dentro de las ciencias sociales, inaugurada por la corriente feminista-marxista, ha tenido una gran importancia para el desarrollo científico posterior. Sin embargo, estos primeros análisis fueron posteriormente criticados por no recoger la heterogeneidad existente dentro del colectivo femenino. Se habla de la “mujer” como un todo sin detenerse en sus propias especificidades y obviando el resto de segmentaciones que tienen lugar en la sociedad. No puede analizarse la subordinación femenina únicamente mediante la contraposición hombre-mujer, sino que **en esta situación de opresión juegan gran importancia la estratificación por clase y etnia.**

Surge así durante los años 70 un amplio debate encabezado por otras académicas feministas volcado en analizar las diferencias de género en torno a estas variables de

clase y etnia. Este cuerpo teórico es denominado como **“feminismo negro”**³⁴ (de la traducción del inglés “black feminism”). Comienza como una contestación a las asunciones realizadas por **las marxistas-feministas acusadas de identificar las circunstancias de las mujeres “blancas” de “clase media” como homogéneas para todo el colectivo femenino**. Lo que en realidad estaba poniendo en colación este cuerpo teórico es la existencia de “otro” trabajo doméstico que no estaba siendo efectuado por la figura de la ama de casa. Estaban visualizando el servicio doméstico como un trabajo formal con unas importantes connotaciones no solamente de género sino también de clase y etnia. Las marxistas-feministas habían analizado cómo se efectúa el trabajo doméstico dentro del hogar pero no habían tenido en cuenta las implicaciones que éste iba a desarrollar cuando se convertía en un “trabajo remunerado”.

El artículo “Racial ethnic women’s labour: the intersection of race, gender and class oppression” escrito por E.N. Glenn (1985), resume de manera muy acertada la situación de las mujeres de tres grupos étnicos en la historia estadounidense (africanas, mexicanas y asiáticas) y ejemplifica la desigualdad de oportunidades existente según nacionalidad y clase social. El acceso al mercado laboral de las personas inmigrantes estaba condicionado por su región de procedencia. Así como la población femenina europea permaneció en las zonas urbanas del norte, la mexicana se asentó en el oeste del país desempeñando tareas relacionadas con el trabajo doméstico y el sector servicios (cocineras, lavanderas...). Las mujeres chinas abastecían el mercado sexual y las mujeres negras, bajo su condición de esclavas estaban relegadas a las actividades agrícolas y ganaderas además de la realización de las tareas domésticas y del cuidado de niños de las familias blancas (Dill, 1983).

Aunque las mujeres quedaron relegadas a la vida privada y al mantenimiento del hogar, esta situación no se desarrolló con igualdad para todos los grupos sociales. Las mujeres inmigrantes nunca abandonaron sus trabajos remunerados en la esfera pública, sino que los mantuvieron para hacer frente a la subsistencia de su propia unidad familiar y poder contribuir con su salario a los ingresos masculinos. Las mujeres

³⁴ La literatura académica escrita en inglés juega con los términos “feminismo negro” y “feminismo blanco”. La contraposición de uno y otro viene determinado porque el “feminismo negro” además de estar encabezada por escritoras de ascendencia o de origen africano incluye en su análisis las variables “etnia” y “clase”. “Etnia” es mi adaptación al castellano del vocablo “race”. Otra posible traducción de “black feminism” sería “feminismo étnico”.

proletarias nativas también tenían que completar el salario de sus maridos incorporándose al mundo fabril o trabajando como doncellas y niñeras en las casas de familias más adineradas al mismo tiempo que seguían desempeñando las labores de sus hogares. La división sexual del trabajo tiene una marcada diferenciación por clases sociales y nacionalidad³⁵.

Glenn (1985) documenta como la segregación sexual del mercado laboral sigue estando acompañada en la actualidad de una estratificación según nacionalidad y clase social, variables que tambalean los conceptos bajo los cuales se construyeron los análisis feministas-marxistas. Es así, como considera que deben reformularse los conceptos básicos de esta corriente basados en la separación público/privado, la primacía del conflicto de género en la familia y el término trabajo reproductivo. Veamos cada uno de ellos.

La base de la teoría marxista feminista se construyó en torno a la **separación de los ámbitos público/privado**. Sin embargo, la relación del colectivo femenino con respecto a esta concepción no se establece de manera uniforme ya que la diversidad de situaciones según clase y etnia diversifica las situaciones de las mujeres en ambas esferas. Así, las mujeres de clase trabajadora obtienen beneficios salariales con la realización de trabajos esporádicos o trabajando en el mercado informal por lo que no permanecieron ancladas en sus hogares. En el caso de las mujeres extranjeras, su rol incluso estaba más definido como trabajadoras que como madres o mantenedoras del espacio doméstico. Además, entre el colectivo inmigrante existen diferentes conceptos de familia que pueden sobrepasar los vínculos de la familia nuclear estándar occidental. Las **relaciones establecidas entre los miembros familiares** ha sido otra de las principales críticas que el “feminismo negro” ha realizado a la exposición teórica de las feministas-marxistas. Algunas de las autoras más representativas de esta perspectiva son Angela Davis (1983) y Bell Hooks (1981).

³⁵ Las historiadoras Davidoff y Hall (1987) en su libro “Fortunas familiares” explican como fue la clase media, la burguesía, la que intentó imponer este nuevo concepto de sociedad basado en dos esferas separadas en el ámbito de la Inglaterra de finales del siglo XVIII a mediados del siglo XIX: espacios y actividades distintas y definidas en las cuáles cada sexo tenía unos cometidos propios. La misión masculina era la de asegurar el sustento económico de la familia mediante su trabajo asalariado y la función femenina estaría destinada al mantenimiento del hogar y el cuidado de las personas que formaban parte de él.

A. Davis (1983) estudió el papel de las mujeres africanas durante la esclavitud. Asegura que durante esta época existía una igualdad sexual entre las familias afroamericanas ya que los hombres esclavos no poseían los mismos recursos que los autóctonos para mantener unas relaciones patriarcales. Con el paso del tiempo, los hombres africanos se convirtieron en los cabezas de familia porque los hombres nativos, dueños de las plantaciones así los identificaban. Además, argumenta que el ideal de feminidad (womanhood) y de culto a la domesticidad no tuvo lugar entre las mujeres africanas, favoreciendo esta situación una mayor igualdad en su posición dentro de la familia. La historiadora B. Hooks (1981) puntualiza, sin embargo, que la división sexual del trabajo también existía en la comunidad esclava. Aunque ambos sexos trabajaban en las tareas agrícolas reconoce que las posiciones más prestigiosas y cualificadas eran ocupadas por los varones. Además, las mujeres tenían añadidas las tareas domésticas cuando terminaban su jornada en el campo.

La incorporación de la variable etnia a la investigación supone, por tanto, una **redefinición del conflicto de género** entendido por las feministas-marxistas. Ellas consideraban a la familia como una institución con intereses divergentes a causa de la dependencia económica de la mujer y la división sexual del trabajo. Sin embargo, Glenn (1985) y White (1984) apuntan a que la familia, si bien ha sido una fuente de opresión para las mujeres, en el caso del colectivo inmigrante también se ha configurado como una entidad de resistencia a la opresión ejercida por el resto de las instituciones. El mercado laboral masculino también está segregado según etnia, por lo que los hombres extranjeros, no podía hacer frente al mantenimiento del hogar por sí mismos, sino que era necesaria la incorporación de un salario femenino. El conflicto en el seno de estas familias no solamente gira en torno al género sino también sobre la hostilidad del orden social externo.

Otro concepto del análisis marxista-feminista que debe ser redefinido según Glenn (1985) y Carby (1982) es el del **“trabajo reproductivo”**. Con este término se hace referencia a las tareas relacionadas con el mantenimiento físico y emocional de los miembros del hogar que pasa por la socialización y el cuidado en momentos de enfermedad. Esta actividad que se desarrolla en el hogar también es realizada por las mujeres, pero si tenemos en cuenta su división por clase y etnia, deberíamos reconocer que este trabajo, para las mujeres de las capas sociales medias, fue relegado hacia sus

homólogas de las clases proletarias e inmigrantes. Es decir, las propias mujeres de clase media no cumplían con los roles que ellas mismas predicaban, sino que se ocupaban de labores sociales centradas en ideas religiosas y en movimientos morales de imposición de unos determinados valores sobre la sexualidad, la familia y el género. Las responsabilidades domésticas en estos hogares eran relegadas a las madres y a las hijas de las familias de clase trabajadora quienes no podían desempeñar a tiempo completo el papel de esposas ideales que dominaba la época (Fox, 1993). Las mujeres nativas de clase media se ocuparon de mantener un ideal de belleza y de femineidad vinculado a convertirse en “mujeres ociosas” dedicadas a actividades culturales³⁶.

Será a partir de los años 80 cuando se produzca una verdadera revisión del significado del “trabajo reproductivo”, y el debate sobre el “trabajo doméstico” cobra un nuevo cariz. La discusión feminista dejará de centrarse sobre el origen de la división sexual del trabajo y de explicar como ésta ha mantenido la desigualdad de género en las estructuras sociales y familiares a través de la concepción patriarcal de las relaciones entre hombres y mujeres. **La introducción en esta década del vocablo inglés “care”** (que yo denominaré en castellano “cuidar”) **formará un nuevo escenario dialéctico.** El envejecimiento de la población, la incorporación laboral de la mujer y la “crisis del Estado del Bienestar” han sido los elementos que propiciaron una revisión de lo que significa el “trabajo reproductivo” y cuáles son sus implicaciones en la vida de las mujeres contemporáneas. Tradicionalmente, el trabajo reproductivo estaba centrado en las tareas que las mujeres llevaban a cabo en el interior del hogar para la socialización de los descendientes y para el apoyo psicológico de todos los miembros de la unidad familiar (entre los cuales también se incluía a los enfermos y a los discapacitados). Con el aumento de personas mayores dependientes, la redefinición de los postulados de la política social después de la crisis del petróleo y la incorporación de la mujer al mercado laboral se sacó a la luz la vieja tensión entre la relación mujer/hogar y mujer/trabajo al mismo tiempo que centró el análisis del “trabajo reproductivo” en las tareas relacionadas con el cuidado de personas mayores.

Entre la literatura académica de esta década pueden diferenciarse tres cuerpos teóricos que analizan los cambios mencionados:

³⁶ La tesis doctoral de Oso, L. (1998:163-185) desarrolla reflexiones interesantes sobre esta idea.

- 1) Surge una línea de investigación relacionada con el “trabajo del cuidado” dentro de la esfera doméstica resaltando la dicotomía que opera en el interior del concepto cuidado debido a su dual naturaleza de “afecto” y “actividad asistencial”. Esta perspectiva se centra en resaltar que el “cuidado” es realizado fundamentalmente por mujeres dentro del hogar, de ahí, que sirva para analizar cómo se ha construido la sociedad en torno al género y descubrir cuáles son los elementos sociales que condicionan la opresión femenina (Graham, 1980,1983)
- 2) El concepto “care” define también la relación entre provisión de cuidados y servicios sociales. Desde esta consideración se desarrolla una corriente que analiza las estructuras del estado del bienestar y las implicaciones de la política social sobre el reforzamiento de las desigualdades de género (Lewis, 1992; Orloff, 1993; Sainsbury, 1996; Millar, 1999; Pateman, 1988). Dentro de esta línea teórica aparece otra corriente de investigación defendida por Clare Ungerson (1990) que estudia como las dificultades de financiación del Estado del Bienestar a partir de la crisis del petróleo se combinaron con un incremento de personas discapacitadas necesitadas de cuidado, por lo que la política social tendió a definir fórmulas de cuidado focalizadas en el hogar relegando la responsabilidad hacia la unidad familiar.
- 3) Aparece un debate académico dirigido a la inclusión de aspectos emocionales en el cuidado mercantilizado, entre el que se encuentra el sector doméstico de cuidados (James, 1989; Cancian, 2000). Así mismo, se desarrolla un cuerpo teórico, que mediante el concepto de “global care chains”, hace referencia a “una serie de nexos personales entre personas de diferentes partes del globo que se basan en trabajos de cuidado tanto formales como informales” (Hochschild, 2000; Hondagneu-Sotelo y Avila, 1997; Parreñas, 2001). Estos estudios se centraron principalmente en el cuidado de niños realizado por personas inmigrantes más que en el cuidado de personas mayores.

Centrándome en el cuidado de personas mayores, el siguiente apartado recoge la evolución académica de los estudios realizados sobre la asistencia prestada por la familia a personas dependientes y los debates que se han planteado en torno a la mercantilización de este trabajo. Esta revisión teórica permite visualizar el proceso de extranjerización del sector doméstico de cuidados y la contribución de las cuidadoras inmigrantes tanto a la protección social como a las familias que las emplean.

1.2.3.- El “trabajo de cuidados” y la evolución del concepto “care”

“Care” ha sido el concepto utilizado en la **literatura feminista británica** preocupada por analizar la relación entre el cuidador y el receptor del cuidado. Este término, que aparece en los años ochenta, inaugura una nueva línea de investigación que estudia el trabajo asistencial dirigido a aquella población que necesita la ayuda de una tercera persona para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. En castellano puede traducirse como “cuidar” y representa al conjunto de actividades que tienen como finalidad paliar el deterioro físico y/o psicológico de aquellos que no pueden valerse por sí mismos.

Esta nueva corriente teórica nace en el interior del debate planteado en torno a la división sexual del trabajo y al papel que han jugado las estructuras sociales para la permanencia de las mujeres en el hogar. Así mismo, el concepto “care” aparece rodeado de una polémica que intenta averiguar si el “cuidado” puede ser equiparado a un empleo formal puesto que en su interior operan vínculos de cariño y afecto que difícilmente pueden traducirse en un salario. Es decir, esta perspectiva feminista británica parte del planteamiento feminista-marxista de que el servicio doméstico y, por lo tanto el trabajo de cuidado, no puede ajustarse a los cánones mercantiles del mercado laboral ni puede considerarse como un trabajo en su sentido estricto porque las cuidadoras familiares no tienen como objetivo un beneficio económico y, además, no se produce un intercambio de bienes. El resultado del trabajo basado en el cuidado de una persona dependiente no puede valorarse en términos económicos puesto que las sensaciones de “sentirse cuidado” y “ofrecer cuidado” van más allá del ámbito monetario (Badgett y Folbre, 1999)³⁷.

Por ello, las académicas pioneras de esta perspectiva comenzaron sus reflexiones teóricas buscando dos palabras que reflejasen cada una de las secciones del empleo del cuidado, despejando las posibles confusiones de sus diferentes esferas. “Amor” y “trabajo” fueron desplegados como conceptos diferentes aunque formasen parte de una misma actividad. El término se repartió entre lo que en inglés se denomina como “care

³⁷ “Se trata de un tipo de actividad que exige una atención personal, de unos servicios que normalmente se prestan cara a cara, en una relación de confianza mutua, y cuyos destinatarios a menudo no pueden expresar con claridad sus necesidades, como los niños pequeños, los enfermos o los ancianos” (Badgett y Folbre, 1999).

about someone” y “care for someone”. Mientras que “Care about” hace referencia a dar sentimientos de afecto, “care for” se configura como “prestar cuidado” (Graham, 1979, 1983; Badgett y Folbre, 1999; Leira, 1993). Hillay Graham (1979) ha sido la primera autora en diferenciar ambos roles del “cuidado”. Utiliza este concepto para analizar la opresión de las mujeres en la sociedad y demostrar como las partes que operan en el interior de este concepto han sido utilizadas de forma confusa por los diseñadores de la política social. La finalidad sería la legitimación de la subsidiariedad del cuidado en la familia y la justificación de una ausencia de cobertura institucional. “Care for” y “care about” se construyeron analíticamente para clarificar la identificación realizada desde la política social e incluso desde el seno familiar de los componentes de amor y cuidado que implica toda actividad asistencial. Había sido precisamente la asimilación entre cuidar y dar cariño donde surge la equiparación del cuidado como una actividad inherente e innata para la población femenina. La delegación del cuidado a las mujeres proviene:

- 1) De la delegación de este trabajo por parte del estado hacia la familia, basándose en la justificación de que querer a alguien te permite cuidarlo.
- 2) De la asunción de que al ser una actividad que se realiza en el hogar forma parte del trabajo doméstico (Graham, 1983).

En realidad, esta distinción entre “care for” y “care about” opera no solamente en el camino de diferenciar dentro del cuidado la parte de trabajo y de amor, sino que también tiene como objetivo poner de relieve la naturaleza dual del cuidado (Graham, 1983; Finch y Groves, 1983). El solapamiento entre el afecto y el cuidado hace que ambas esferas se confundan. Es esta superposición de la que se aprovechan las políticas sociales para legitimar su escasa cobertura y la que dificulta la traducción salarial del trabajo del cuidado, precisamente porque el trabajo emocional que implica va más allá de las típicas relaciones mercantiles de producción.

Otra fuente de teorización del término “care” en la década de los ochenta, aparte del desarrollado por la perspectiva feminista, es la enmarcada en el seno de la **política social**. Su máximo exponente es Parker (1981) que utilizará el término “**tending**” (=cuidar de) para hacer referencia al cuidado asistencial con la propuesta de que se sustituya al término “care for” (“prestar cuidado”) y dejar el vocablo “care” para hacer

referencia al proceso “care about” (“dar cariño”) (Finch, 1993). Su interés se centra en el reparto de las tareas del cuidado entre la familia y el estado y cuál será el impacto del envejecimiento sobre la capacidad de cuidados en el seno familiar.

Otro intento de despojar los elementos de afecto del “trabajo de cuidado” es el de Waerness (1987) quien utiliza el término **“care-giving work”** que define el cuidado como aquella actividad dirigida “a miembros de la sociedad, que de acuerdo a normas sociales comúnmente aceptadas, no son capaces de cuidar de sí mismos, y de igual manera, no pueden establecer una relación de provisión y recepción recíproca de dar-tomar cuando vienen a ayudar y apoyar su vida diaria” (Waerness, 1987)³⁸.

Pronto aparecen críticas a esta argumentación teórica de los años ochenta. La principal es que asume que “trabajo del cuidado” es únicamente el que desempeñan las mujeres en el interior de la familia, dentro del espacio doméstico, y que está dirigido a los miembros con los cuales se comparten unos vínculos de parentesco y sin ningún tipo de remuneración. **Los primeros intentos en definir “cuidado” asimilan el acto de “cuidar” como una labor doméstica, que se realiza dentro del hogar y que es llevada a cabo fundamentalmente por los miembros familiares femeninos.** Eso no significa que no se reconozca la existencia de otras relaciones de cuidado en otros contextos sociales, pero la esencia del cuidado es realizada por y para la familia. “El punto de partida del concepto de cuidar de Graham es la dimensión de la identidad social del cuidador” (Thomas, 1993: 654) precisamente porque su objetivo principal es analizar el “trabajo del cuidado” para entender la posición de las mujeres en la sociedad. Como ella misma dice es “un concepto de cuidar como trabajo de mujeres” (Graham, 1983: 27).

Carol Thomas (1993) en “De-constructing concepts of care” analiza todos estos conceptos académicos y observa los problemas que plantean. La crítica que realiza al “care for” y al “care about” de H. Graham, surge porque son unas categorías analíticas muy estrechas en las que no tienen cabida otras relaciones de cuidado que pueden desarrollarse en el interior del hogar o fuera de él. El cuidado a personas dependientes

³⁸ La crítica a este concepto es que no tiene en cuenta ni la dimensión de género ni la diferente posición de las mujeres en el hogar (Dwyer y Coward, 1992).

realizado por personas extranjeras, objeto de esta investigación, no formaría parte de este estricto concepto de “cuidar”. Tampoco entrarían los cuidados realizados por personas voluntarias ni por la política social. Al centrarse en el cuidado efectuado por “mujeres” no se tiene en cuenta el trabajo de cuidado realizado desde otros ámbitos institucionales³⁹. Así mismo, el concepto de “tending” de Parker también es limitado porque aunque tiene en cuenta un rango más amplio de relaciones de cuidado (el realizado en instituciones públicas: residencias, centros de día, trabajadores a domicilio) únicamente se centra en el cuidado de personas dependientes obviando aquellos cuidados que se realizan a personas autónomas en el seno de la familia⁴⁰.

Clare Ungerson (1990) señala que el problema del concepto “care” es que asume que el cuidado realizado por las mujeres en el interior del hogar es un “cuidado” de mayor calidad que el realizado por otros cuidadores. La naturaleza del cuidado está vinculada a cualidades femeninas socialmente construidas y a la localización socialmente estructurada de las mujeres en el interior del hogar. Aunque H. Graham reconoce la existencia de “cuidado” en el trabajo pagado de la salud y de los trabajadores de los servicios sociales, la relación entre el cuidador y el cliente no forma parte de la esencia del “caring” por ella concebido. La ausencia de los lazos de afecto y de la obligación social de “cuidar” que sí existe en el interior del hogar para los miembros femeninos repercuten en que el “trabajo de cuidado” remunerado sea totalmente diferente.

Por otra parte, algunos autores como Martínez Veiga (2004) critican la perspectiva feminista de estos años 80 sobre el trabajo del cuidado porque asume que únicamente cuidan las mujeres. Estas investigaciones se centraron en destacar como el “cuidado es una actividad esencialmente femenina y familiar (Martínez Veiga, 2004: 178) y aunque de hecho esta premisa es cierta no se reconoció en esta época la existencia de cuidadores varones” tal y como resaltaron otros estudios, como los efectuados por Briggs (1983) o Arber y Ginn (1992). En ellos se demuestra que en el trabajo de cuidado no influye únicamente la situación de género sino también la de clase. Así,

³⁹ Es cierto que desde la corriente feminista se ha intentado despojar el sentimiento de altruismo del trabajo asistencial, haciendo hincapié en que existe una obligatoriedad en su desempeño originada en las relaciones patriarcales familiares. Land y Rose (1985) denominan a esta situación como “altruismo obligatorio”.

⁴⁰ “Tending” es el “trabajo de cuidar a aquéllos quienes, temporal o permanentemente, no pueden hacerlo por sí mismos” (Parker, 1981: 17).

Arber y Ginn (1992) encontraron que los varones de clase media alta y con cualificación no residen en el mismo domicilio de la persona que cuidan mientras que eso sí sucede en los hombres sin cualificación o con una cualificación media hasta el punto de que surgen con la misma frecuencia que las mujeres cuidadoras de su misma clase social⁴¹.

El concepto de “cuidar” surgido en torno a las consideraciones pioneras del “trabajo de cuidado” de Graham no sirven como marco teórico para la presente tesis doctoral porque:

- no permiten entender por qué se procede a una mercantilización de las tareas asistenciales en algunos hogares privados.
- No ofrecen una perspectiva teórica desde la cuál analizar la estructuración de este mercado de trabajo.
- no posibilitan estudiar las implicaciones existentes entre cuidadora pagada-familia-persona dependiente.

1.2.4.- La reconceptualización del concepto “care” en los años 90

En los años noventa en un artículo denominado “The concept of caring in feminist research: the case of domestic service”, Graham (1991) reconoce la existencia de deficiencias en su concepción del trabajo del cuidado. Es consciente de que su definición de “care” ha logrado esclarecer las pautas que operan en el interior del cuidado familiar pero sin embargo oculta las relaciones de cuidado que pueden existir en el interior de los hogares y no son desempeñados por miembros con vínculos parentales. Incorporando a sus investigaciones las dimensiones de clase y etnia, visualiza por primera vez el cuidado de personas dependientes realizado por mujeres inmigrantes como una forma de “care”.

A lo largo de la década de los noventa cuando se desarrollan relevantes avances en definir el concepto de “cuidar”. El objetivo analítico es conseguir un término que incluya los diferentes componentes de la actividad del cuidado y que pueda extenderse a todos los agentes de provisión asistencial. El debate, al igual que en los años ochenta,

⁴¹ Celia Valiente (1997) también incorpora la dimensión de los cuidadores masculinos.

gira en torno a los aspectos de afecto y trabajo que se superponen en la actividad de cuidar y se centra en averiguar si el trabajo de cuidado remunerado está desprovisto o no de “amor”.

Comienzan así una serie de investigaciones cuyo interés es renovar el concepto de “cuidar”. Destacan los análisis de Clare Ungerson (1990), quien al contrario de la perspectiva feminista británica (en donde está ubicado el pensamiento de Graham), analiza los nexos de cuidado existentes tanto en el ámbito público como en el privado incorporando las tareas realizadas tanto por familiares como por no familiares. De esta forma, modifica la dicotomía existente entre “amor” y “trabajo” recogida con la clásica conceptualización del cuidado. Si las relaciones de cuidado ya no están únicamente dominadas por vínculos familiares, el trabajo asistencial tendría que ser despojado de la relación de amor y afecto aunque eso no significase que la atención estuviese desprovista de lazos emocionales. Aboga por la utilización del concepto “care-giving work” desarrollado por Waerness (1987) y por la separación de ambos componentes del cuidado para poder analizar la asistencia efectuada desde la esfera de los servicios sociales.

Otros autores como Carol Thomas (1993) proponen construir un concepto de cuidado que aglutine las propuestas encabezadas tanto desde la perspectiva feminista como desde la política social, que haga referencia al cuidado pagado como al informal, al prestado en el hogar y en los servicios públicos y que está dirigido no únicamente a personas dependientes (niños, enfermos y ancianos) sino el que también se efectúa a adultos autosuficientes (Ungerson no incluía esta categoría en sus análisis)⁴². Fisher y Tronto (1990) también se adentran en este intento de conseguir un concepto global del término “cuidar”. Asumen que el “cuidado” puede ser organizado en tres esferas: el hogar/comunidad, el mercado y la burocracia. Utilizan una definición de “cuidar” más abstracta⁴³ pero aportan una interesante identificación de los componentes del

⁴² “Cuidar es tanto la provisión pagada como la no pagada de apoyo que implique actividades laborales y estados emocionales. Es proveído principalmente, pero no exclusivamente por mujeres tanto a adultos autónomos como dependientes y niños en la esfera pública y privada, y en una variedad de entornos institucionales. Todas las relaciones de cuidado entran en los límites de tal concepto: el cuidado familiar en sus diversas formas; el cuidado de niños en diferentes contextos; algunos servicios sociales, actividades del servicio de salud y de servicio de voluntariado; y aquellos servicios que son comercializados como aquellos que están dentro del sector estatal” (Thomas, 1993: 665).

⁴³ “Una especie de actividad que incluye todas las cosas que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él tan bien como sea posible” (Fisher y Tronto, 1990: 40).

“cuidado”. Diferencian cuatro fases en esta actividad: “care about”, “taking care of”, “caregiving” y “care-receiving”. En cada una de estas etapas operan los denominados como “ability factors” (factores de capacidad) entre los que destacan: el tiempo, los recursos materiales, el conocimiento y las aptitudes. El equilibrio de estos factores en el proceso del “cuidado” dependerá de los actores implicados y del contexto histórico y cultural en el que se encuentran (por ejemplo: los cuidadores pueden tener aptitudes pero no tiempo para aplicarlas).

En realidad, todos estos análisis que surgen en la década de los noventa entienden que en el trabajo asistencial remunerado existen relaciones de cariño y de afecto. Cancian (2000) explica como el cuidado remunerado desde la perspectiva de las teóricas feministas de los años 80 era analizado como un “cuidado” peor que el efectuado en el seno familiar porque se mueve en los límites empresariales de ganancia de beneficios y reducción de costos. Esta línea teórica heredaba la concepción burocrática defendida por Max Weber que consideraba a las instituciones y a las organizaciones empresariales como espacios dominados por la jerarquía, la autoridad y por procedimientos rígidos orientados en base a conocimientos técnicos bajo cualificaciones formales. Esto se considera incompatible con la realización de un “buen cuidado” ya que este trabajo requiere de una descentralización de la autoridad y una flexibilidad de actuación para proceder a una correcta satisfacción de las necesidades de los receptores de asistencia. Sin embargo, esta autora resalta como no todos los modelos de capitalismo son incompatibles con la prestación de atención a personas dependientes como es el caso de los países nórdicos. Es más, incluso llega a afirmar que entre las familias existen muchos procesos de autoridad y jerarquía que pueden dar lugar a relaciones abusivas y no únicamente se mueven bajo aspectos románticos de voluntariedad, cariño y afecto⁴⁴.

En definitiva, el debate del concepto “care” en la década de los noventa reivindica la existencia de diversas relaciones de cuidado que no son recogidas por la perspectiva feminista británica de los años 80. Estos estudios, al centrarse en el análisis del “trabajo del cuidado” únicamente realizado por miembros familiares, derivaron en una definición muy estricta del acto “cuidar”, entendiendo que todo “cuidado” mercantilizado es de “mala calidad”. Esta consideración era un resultado de

⁴⁴ “El cuidado familiar, al igual que el cuidado remunerado, puede ser bueno o malo dependiendo de cómo uno u otro esté organizado” (Cancian, 2000: 139).

la distinción realizada entre los componentes físicos y los emocionales de las actividades asistenciales. El “trabajo del cuidado” mercantilizado (es decir, aquél en el que se recibe un salario por las tareas de atención prestada) es de peor calidad porque en él fallan los vínculos afectivos. Si el trabajo de cuidar no es efectuado por la familia la parte emocional queda desprovista de significado. Ello genera que las relaciones formales de cuidado sean “peores” que las realizadas por las familias.

Todo trabajo debe ser cuantificado en tareas tangibles que puedan ser remuneradas económicamente. Pero... ¿Cómo cuantificar en dinero el bienestar de un enfermo o un discapacitado? La mercantilización de las tareas reproductivas, y entre ellas, el cuidado de personas mayores ha reabierto este clásico planteamiento ya abordado por las feministas-marxistas. El cuidado de ancianos une las dos esferas que fueron separadas con la industrialización y pone en cuestión todos los límites establecidos entre ambas. El hogar, el lugar donde se distribuyen y se enseñan las emociones, donde se recibe y se otorga afecto y el dominio público, en donde tiene lugar la racionalidad y la lógica de capital.

El cuidado personal dirigido al mantenimiento físico requiere de unos conocimientos que fácilmente pueden traducirse en un salario. El trabajo emocional, sin embargo, no se especifica como una forma de “labor especializada”, sino que se atribuye a componentes de personalidad de la cuidadora. Hochschild (2000, 1983) ha sido una de las primeras autoras en reconocer la existencia de un “trabajo emocional” en las actividades del sector servicios en las que aparece implicadas personas. James (1989) ha luchado en sus investigaciones por el reconocimiento de la labor emocional como un “trabajo”. Eso significa, en contra del pensamiento de Graham, que existen “emociones” (cariño, afecto, amor...) en el “cuidado” privatizado⁴⁵.

El cuidado de los mayores, de los niños y de los enfermos copa un espectro más amplio de posibilidades que el hogar, tanto desde su componente técnico como emocional. El

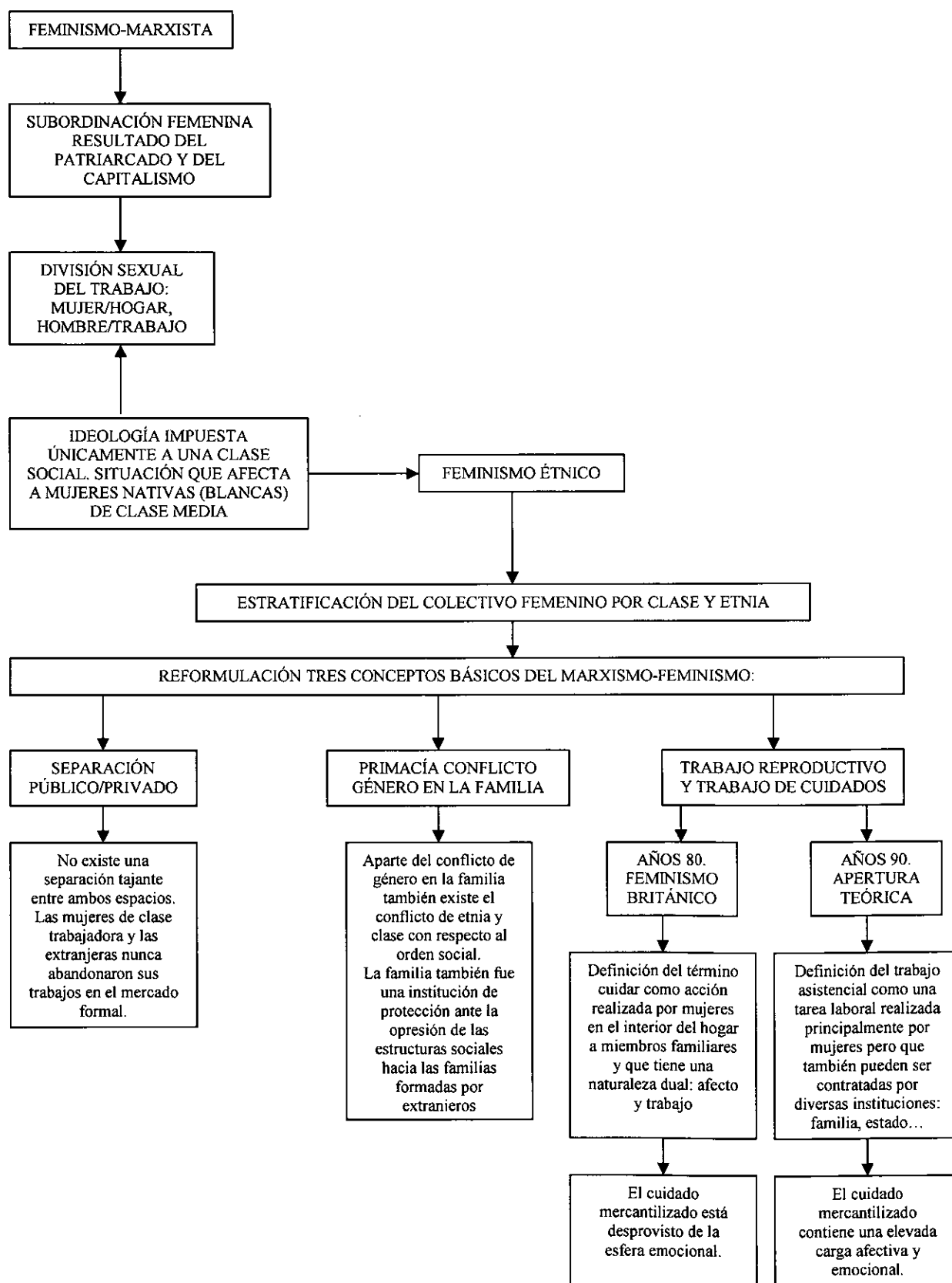
⁴⁵ “Desde que las cualificaciones en la dirección de emociones son aprendidas por las mujeres como parte de su trabajo doméstico, éstas también son utilizadas dentro del empleo remunerado. La dicotomía entre trabajo doméstico y trabajo remunerado está expuesta [...] Aunque el trabajo emocional parte del mantenimiento y continuidad del poder laboral y de las relaciones sociales de producción en el lugar de trabajo y en el dominio doméstico, éste permanece invisible como una forma de trabajo” (James, 1989:39).

trabajo reproductivo no puede remitirse únicamente a la esfera doméstica, aunque ésta siga siendo la principal fuente de provisión. El cuidado es llevado a cabo en algunos casos por los servicios públicos del estado, en otros el estado relega al mercado la provisión de los mismos e incluso puede suceder que sea la propia familia la que mercantilice la actividad de “cuidar” a una tercera persona.

Desde el momento en que el mercado entra en la relación de “cuidar” su análisis se convierte en más complejo si cabe. Si se quiere incorporar la dimensión de género, clase y etnia la división público/privado falla. El cuidado puede ser realizado dentro del espacio doméstico y existir una relación mercantil y un apoyo emocional. El caso de las inmigrantes cuidadoras y el de las trabajadoras a domicilio de los SAD municipales son claros ejemplos. Unas son contratadas por decisión de la familia, las otras son subvencionadas por el estado. Ambas son cuidadoras. La dimensión emocional, en contra de lo que podría considerarse en la década de los 80 sigue vigente en las dos situaciones (ver capítulo 6).

Esta tesis doctoral se circunscribe dentro de esta corriente teórica de los años noventa que observa el cuidado mercantilizado como un trabajo en el que se entremezclan fuertes lazos afectivos y emocionales. El cuidado de mayores se ha convertido en un oficio de dar cariño, de otorgar amor y bienestar, especialmente el que se desarrolla dentro del sector doméstico de cuidados por mujeres inmigrantes. La ausencia en los hogares de las cuidadoras principales debido a la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral ha derivado en una demanda de cuidados no solamente profesionales, sino también afectivos, llegándose a explorar incluso los límites del trabajo emocional. En un contexto de progresivo envejecimiento de la población y de énfasis en las tendencias privatizadoras de la política social es indispensable analizar ambas circunstancias en las dos comunidades objeto de estudio. De ahí, que el siguiente capítulo se detenga en las situaciones demográficas y de protección social de Galicia y Navarra.

Gráfico 1.2.- Resumen líneas teóricas sobre el “trabajo del cuidado”



Capítulo 2.- Crece más rápido el envejecimiento que los servicios sociales de atención personal (SSAP). Dos regiones comparadas: Galicia y Navarra.

2.1.- Evolución y situación del envejecimiento en Galicia y en Navarra.

La historia demográfica contemporánea (la que hace referencia al último siglo) de Galicia y Navarra es una historia de fluctuaciones poblacionales. Cambios económicos, políticos, bélicos, tecnológicos... y, sobre todo, sociales, han plasmado su huella sobre el devenir de las poblaciones. Al fin y al cabo la teoría de la población se inscribe y se explica en el marco más amplio de la teoría del desarrollo de una sociedad. El envejecimiento no es fruto únicamente de tendencias actuales, sino que también es una representación de los acontecimientos que marcaron la estructura demográfica del pasado. La composición por edades de una población se altera con los ritmos de aumento o descenso en el número de sus habitantes. Demográficamente dos son las causas que repercuten en la intensidad de este crecimiento: la diferencia entre el número de nacimientos y defunciones (lo que se denomina como crecimiento vegetativo o natural), y la resta entre el número de personas que sale de un territorio con respecto al número de personas que entran (de lo que da cuenta el saldo migratorio). Migraciones, nacimientos y defunciones, suministran los movimientos de población y sus variaciones en la estructura etaria por lo que será la propia evolución de la sociedad y los cambios en los elementos que la definen el factor principal que modifique estos procesos.

Estudiar el envejecimiento de una población desde la sociología supone indagar sobre la actuación de estos fenómenos que inciden en la dinámica demográfica y la composición por edades. Mediante el método de comparación directa de Galicia y Navarra el objetivo de este apartado es la descripción de la actuación de estos componentes demográficos y la implicación de las migraciones en el nivel de envejecimiento. Es decir, conocer cuales son las características actuales de la población gallega y navarra y ponerlas en relación con las pautas de natalidad, mortalidad y desplazamiento residencial. Se explica la repercusión de cada uno de estos fenómenos en la actual situación de envejecimiento haciendo especial hincapié en el papel de las migraciones.

2.1.1.- Galicia, el crecimiento interrumpido: de la “emigración masiva” al “retorno ansiado”

Galicia cuenta, según las cifras del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de Enero de 2006 con una población de 2.764.250 personas, habitantes que suponen el 6,2% del total de la población del país. Hace tan sólo cinco años, en 2001, el Censo contabilizaba 2.695.880 personas. Es decir, hubo un aumento de 68.370 residentes. El crecimiento en este período ha sido positivo. Sin embargo, la evolución de los datos en una serie temporal más amplia demuestra la existencia de importantes quiebras en el incremento poblacional (ver tabla 2.1). El aumento de residentes no ha seguido desde comienzos del siglo XX ni una evolución lineal ni constante. La finalización de las migraciones de retorno (desarrolladas a lo largo de los años ochenta) y la tendencia regresiva del movimiento natural han supuesto la ruptura más reciente a este aumento de efectivos. Dicha pérdida poblacional únicamente se revierte a partir del año 2002. Curiosamente esta fecha coincide con una aceleración de los flujos migratorios procedentes del extranjero hacia todo el estado y a los cuales Galicia no ha sido ajena. La recepción de la población trasnacional ha supuesto para esta comunidad la inauguración de un nuevo ciclo. Ahora, la inmigración es esencial para mantener un equilibrio demográfico vapuleado por los incesantes movimientos de su población hacia otros territorios.

Haciendo un rápido barrido histórico por la evolución poblacional gallega desde 1900 encontramos que **las migraciones han sido el elemento fundamental que ha marcado las variaciones del crecimiento demográfico**. El siglo comenzaba con un lento aumento de la población generado por la migración masiva a ultramar e interrumpido a partir de 1930 por el desencadenamiento de la Guerra Civil y la crisis económica desarrollada en esta década (Saco Álvarez, 2004; Eiras y Rey, 1992). **La primera ola de emigración masiva de gallegos al exterior se desarrolló durante el período 1860-1930 y estuvo condicionada por dos factores**. El primero de ellos responde a la propia peculiaridad de la **Transición Demográfica gallega** y, el segundo, a **elementos del entorno ambiental** que la hicieron posible y la marcaron como singular.

Tabla 2.1.- Evolución de la población en Galicia, 1900-2006

		Población	Variación
Lento y leve incremento de población	1900	1.980.515	
	1910	2.063.589	4,2
	1920	2.124.244	2,9
	1930	2.230.281	5,0
	1940	2.495.860	11,9
Emigración externa internacional e interior	1950	2.604.200	4,3
	1960	2.602.962	-0,0
	1970	2.583.674	-0,7
Migraciones de retorno	1981	2.753.836	6,6
Crecimiento vegetativo negativo Pérdida de población y envejecimiento	1991	2.720.445	-1,2
	2001	2.695.880	-0,9
	2002	2.737.370	1,5
Crecimiento vegetativo negativo. Inmigración internacional	2003	2.751.094	0,5
	2004	2.750.985	0,0
	2005	2.762.198	0,4
	2006	2.764.250	0,1

Fuente: IGE, INE. Elaboración propia a partir de Censos de Población y de Padrones Municipales

La **Transición Demográfica** no se produce de igual forma en Galicia que en España. Se considera Transición Demográfica al paso de un sistema demográfico en el que predominan unas altas tasas de mortalidad y unas altas tasas de natalidad (Régimen Demográfico Antiguo) a otro en el que las tasas de natalidad y de mortalidad son bajas (Nuevo Régimen Demográfico). Galicia es capaz de reducir su nivel de mortalidad antes que el conjunto nacional y avanza de forma más rápida en este terreno a lo largo del siglo XIX. El aislamiento geográfico de esta región le ofreció una **posición estratégica** en la evasión de epidemias (que sí se produjeron en España) y, además, su organización socioeconómica basada en la economía de policultivos y en la autosubsistencia atenuó los efectos de las crisis de alimentos que fueron predominantes en zonas de monocultivos y dieron lugar a la aparición de más enfermedades.

Por lo tanto, durante el primer tercio del siglo XIX Galicia tiene un incremento poblacional y un saldo vegetativo mucho más elevado que el del resto del estado español (Saco, 2004). Este aumento poblacional inducido por el mantenimiento de una baja mortalidad reduce el riesgo a morir, pero la natalidad continúa siendo la de un Régimen Demográfico Antiguo. Baja mortalidad y alta natalidad: más personas¹.

¹ Este aumento poblacional fue tan importante que la densidad de Galicia en 1860, momento en el que datan las primeras migraciones masivas hacia América Latina, duplicaba a la del conjunto español (medias de 61,8 y 31,1 km² respectivamente) (Eiras, 1992). Incluso en algunos municipios se llegaban a

Este crecimiento demográfico estuvo unido a unas estructuras económicas preindustriales que no estaban adaptadas para aumentar su productividad. Llegó un momento en el que los policultivos y la agricultura de subsistencia no eran suficientes para poder hacer frente a este número de población. Por lo que, en palabras de Eiras Roel (1998: 33) “la sociedad gallega tenía que tomar una de dos decisiones: o adaptar sus estructuras económicas de una forma que las tasas de capitalización de la economía primaria de un pueblo de campesinos marineros no permitía en absoluto entonces; o bien adaptar su población a un crecimiento menor, so pena de autocondenarse a la tercera posibilidad que sería la reproducción pauperizante o anticipación del modelo “indogangético” de reproducción en la miseria”. Y se optó por la segunda opción².

A través de las estadísticas de Pasajeros por Mar (desde 1914) y de Emigración e Inmigración (1911-1913) se sabe que entre 1 millón y un millón cien mil gallegos salieron a ultramar durante el primer tercio del siglo XX. Aunque también hay que tener en cuenta que las migraciones de retorno de esta etapa fueron mayores que las de la anterior pues se estima que uno de cada dos gallegos regresó a su lugar de origen. En 1930 concluye el ciclo de emigración a América³.

El impacto de esta emigración masiva hacia el exterior ha dejado sus señales en la estructura demográfica gallega y en su evolución como sociedad urbana. Esta fase de “emigración masiva” introdujo una descompensación entre los sexos al estar protagonizada principalmente por hombres jóvenes, lo que además instauró un proceso de control de la natalidad no voluntario, a través del retraso en la edad de acceso al matrimonio (hasta que se produjesen las migraciones de retorno) y, por lo tanto, en el momento de tener los hijos⁴ (López, 1998). Los versos de Rosalía de Castro en Follas Novas evocan esta situación: “Este vaise i aquel vaise,/e todos, todos se van,/Galicia,

los 200 habitantes por km², siendo densidades normales para la Europa de la época entre 40 y 50 (Eiras, 1998).

² Existe un debate académico sobre esta explicación maltusiana que entiende la emigración gallega como una consecuencia de un desequilibrio entre el número de habitantes y los recursos disponibles. Para adentrarse en este tema son interesantes los textos de Sánchez (1995) y Eiras (1989).

³ “La gran crisis de la economía americana y mundial en los años treinta provoca un descenso galopante del número de emigrantes, acompañado de un retorno masivo de gallegos a su tierra. Durante un lustro los regresos superan netamente a las salidas. Sobreviene inmediatamente la guerra civil española y la guerra mundial, que cortan casi enteramente la comunicación normal entre ambos continentes, si se exceptúa el caso excepcional y selectivo de la emigración política” (Eiras, 1992:250).

⁴ Una de las particularidades demográficas de Galicia es que a lo largo del siglo XIX tiene las tasas más elevadas tanto de España como de Europa de acceso tardío al matrimonio (López, 1996: 84)

sin homes quedas/que te poidan traballar./Tés, en cambio, orfos e orfas/e campos de soledad,/e nais que non teñen fillos/e fillos que non téñen pais./E téñen corazóns que sufren/longas ausencias mortas,/viudas de vivos e mortos/que ninguén consolará”. Dicha situación incidiu en un temprano descenso de la natalidad y en la aceleración del envejecimiento que algunos expertos como Precado (1999) inician ya en los años veinte.

La Guerra Civil y la recesión económica de los años 30 debilitan la permanencia de este flujo migratorio que no se reanuda hasta **el final de la Segunda Guerra Mundial cuando se inaugura una segunda etapa migratoria**. Estos nuevos desplazamientos mudarán en cuanto a composición y destinos y coinciden con un diferente momento demográfico en Galicia pues a mediados del siglo XX existe en la región un descenso generalizado de la natalidad. El saldo entre nacimientos y defunciones deja de compensar la pérdida de efectivos provocada por una emigración que ahora se dirige hacia Europa, Latinoamérica y las zonas industrializadas del resto del Estado. Y es que los años 50 marcaron historia por el crecimiento económico y los procesos de industrialización de los países de la posguerra. Ambos, elementos de un bullicioso llamamiento de mano de obra “mediterránea” (Bertrand, 1992), que intenta rellenar con nuevos residentes el vacío que la contienda provocó en las cohortes de la población activa. Se producirán importantes migraciones hacia países industrializados existiendo también relevantes trasvases interregionales de población debido al desequilibrio económico territorial existente en el país. A pesar de que el despegue industrial y urbano de Galicia comienza en esa época, todavía el 64% de su población se ocupaba en tareas relacionadas con la agricultura y la pesca (Ferrás, 1996: 101).

El **atraso económico** que experimentó esta comunidad se ha utilizado como una de las explicaciones básicas que propiciaron la expulsión de sus habitantes durante esta época (Villares, 1996). Ya en el siglo XIX los versos escritos por Rosalía de Castro en Follas Novas (1880) recogían esta situación: “Vendéronlle os bois/vendéronlle as vacas/o pote do caldo/i a manta da cama./Vendéronlle o carro/i as leiras que tiña/deixárono soio/coa roupa vestida” María, eu son o mozo,/pedir non me é dado/eu vou polo mundo/pra ver de ganalo/eu vou polo mundo pra ver de ganalo./Galicia está probe,/i á Habana me vou.../¡Adios, adios, prendas/do meu corazón!”. En la segunda mitad del siglo XX, parafraseando el verso de Rosalía, Galicia sigue pobre. La corriente migratoria de los

gallegos diversifica sus destinos y La Habana compite como paraíso soñado con las comunidades desarrolladas del entorno nacional y los países industrializados de Europa. Desde los años 60 hasta 1975 emigraron casi medio millón de personas, de las cuales, un cuarto se distribuyen entre las regiones españolas más industrializadas y el resto se instalan en el extranjero. De éstos, un tercio viaja a países extracomunitarios, por lo que el continente europeo, se configura como el de mayor presencia de inmigrantes gallegos (ver tabla 2.2).

Tabla 2.2.- Dirección de la emigración gallega, período 1961-1975

Dirección emigración	Total
Al extranjero	361.395
A Europa	255.240
No Europa	106.155
A otras CCAA	111.515
TOTAL EMIGRANTES	472.910

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la publicación "Migraciones" del INE.

De 1950 a 1970 Galicia presenta una dinámica demográfica típica de una población estacionaria: la caída de la natalidad no estuvo acompañada de una reducción de los índices de mortalidad, que si bien al contrario, comenzaron a estabilizarse vislumbrando un evidente envejecimiento en la estructura por edades. Tal es la situación que si el censo de 1950 registra un 8,0% de población gallega mayor de 65 años, en 1970 la proporción asciende a un 12,5% (ver tabla 2.3). Comparando estas cifras con las de Navarra se observa que en esta comunidad el peso de los mayores estaba más controlado. Si bien en 1950 se partía de un porcentaje similar al de Galicia (un 7,8%) en 1970 esta cifra se mantenía alrededor de un 10,0% (dato similar al del conjunto de España).

Tabla 2.3.- Estructura de edades de la población de Galicia y Navarra, 1950-1970 (en porcentaje)

	1950		1970	
	Galicia	Navarra	Galicia	Navarra
0-14 años	27,0	25,7	23,7	26,8
15-64 años	65,1	66,5	63,1	63,2
65 y más años	8,0	7,8	12,5	9,9

Fuente: Losada (2000) y elaboración propia a partir de INE, Censo de Población, 1970

El crecimiento natural de la población empezó a debilitarse hasta el punto de no ser capaz de revertir los efectos de esta segunda oleada migratoria. Entre 1961 y 1970 la natalidad gallega descende hasta el 17 por mil, mientras que para el conjunto español la

cifra se consolida en torno al 30 por mil. Y es que durante este período migratorio existió un importante flujo de mujeres emigrantes en edad fértil que aunque siguiesen teniendo hijos, éstos ya no nacerían en España (Cagiao, 1991). **Estas débiles tasas de natalidad y mortalidad unidas a un envejecimiento y estancamiento de la población describen una “moderna” realidad demográfica, típica de los países más industrializados pero, sin embargo, no dejan de ser características distantes a su realidad económica.**

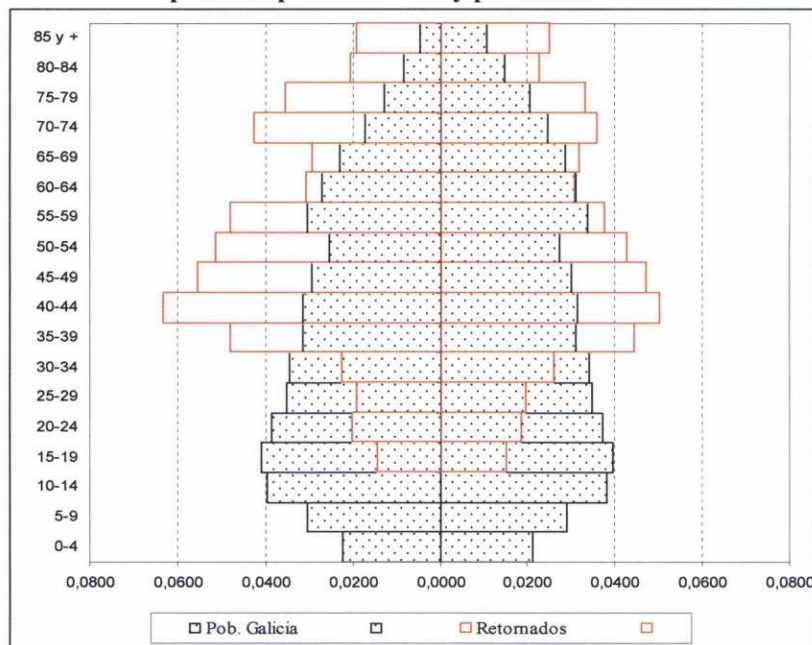
A finales de la década de los 70 y en los tempranos 80, la población gallega vuelve a ganar efectivos debido a las **migraciones de retorno** provocadas por la crisis económica mundial de 1973-1975. La población aumenta en un 6,6% con respecto a la década anterior. Sin embargo este crecimiento ha supuesto la inyección de una población de edad avanzada que en muchos casos ya ha concluido su ciclo activo y reproductor. Los desplazamientos de retorno al lugar de nacimiento están caracterizados, en Galicia, por el regreso de personas que ya han concluido su vida activa, es decir, que superan los 65 años. El proyecto migratorio de una importante parte de gallegos concluye con su regreso al lugar de nacimiento (“Todo aquel que deja raíces en la tierra quiere volver”, diría Castelao).

El envejecimiento se acentúa por medio de estas migraciones de retorno que añadidas a una dinámica demográfica al ralentí ha dado como resultado que en los años noventa Galicia pierda de nuevo población. El regreso de habitantes no se traduce en un rejuvenecimiento de la población. La incidencia de las migraciones de retorno sobre la estructura de edad en la población gallega puede estudiarse a través de la Estadística de Variaciones Residenciales⁵ que recoge las peculiaridades de estos movimientos (tanto las migraciones de retorno interiores como exteriores). Según esta fuente, por ejemplo, **en 2004 el 17,0% de los migrantes retornados a Galicia se encontraban en edad de jubilación.** En 1990 esta cifra alcanzaba el 29,5%. Las migraciones de retorno han

⁵ El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el encargado de realizar la Estadística de Variaciones Residenciales. En su página web (www.ine.es) se aclara que dicha fuente de datos “se elabora a partir de la explotación de la información relativa a las altas y bajas en los padrones municipales de habitantes motivadas por cambios de residencia. Se obtienen así los flujos migratorios anuales tanto los interiores, entre los diferentes municipios de España, como el flujo migratorio procedente del extranjero”. En Internet hay acceso a cifras anuales desde 1988. Para la redacción de este capítulo he explotado los microdatos de los años 1990 y 2004. Es preciso mencionar que yo misma he operacionalizado la categoría de “emigrante retornado” como aquella persona que dándose de baja residencial en una región (o país) diferente al de su nacimiento, regresa al territorio de origen.

envejecido por la cúspide (por las edades maduras) a la población gallega. En la superposición de las dos pirámides de población que se representan en el gráfico 2.1. se compara la distribución por sexo y edad del colectivo retornado y de la población total de Galicia en 1990. **En este año la edad media de los migrantes retornados llegaba a los 54 años mientras que para la población total descendía a 39 años.** También en el gráfico 2 se ofrecen datos que revelan la especificidad gallega de la recepción migrantes que regresan a edades avanzadas. Las tasas de migración de retorno⁶ por sexo y edad en el año 2004 demuestran que las principales llegadas de los gallegos procedentes del exterior de su comunidad tienen edades próximas a la jubilación o ya han entrado en la misma (60-64 años y 65-69 años⁷).

**Gráfico 2.1.- Pirámide de población de Galicia, 1990.
Comparación población total y población retornada.**

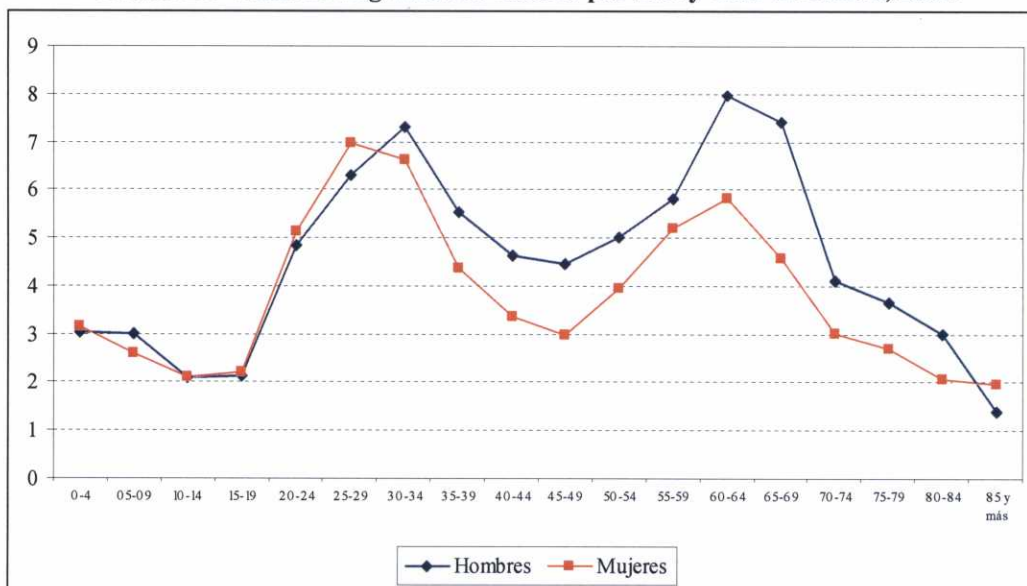


Fuente: Elaboración propia a partir de la explotación de microdatos de la EVR (31/12/1990) y del INE, Censo de Población de 1991 (1/03/1991).

⁶ Para calcular las tasas de migración de retorno se ha dividido el número de migrantes retornados a cada edad y en cada sexo entre la población total de cada uno de estos colectivos.

⁷ Las tasas por sexo y edad de las migraciones de retorno responden a un patrón general clasificado en dos grupos por el investigador Joaquín Recaño (2004): “el primer grupo, el más numeroso, está localizado entre los 25 y los 35 años, correspondiendo a inmigrantes jóvenes de las antiguas regiones emigratorias que regresan a ellas cuando la coyuntura económica cambia o sus contratos de duración determinada se agotan; el segundo grupo de retorno se sitúa en las edades próximas a la salida de actividad, se trata de población de más de 55 años constituida por antiguos emigrantes que retornan a sus regiones de origen desde las regiones anteriormente inmigratorias. Estos dos flujos de retorno de jóvenes y de migrantes próximos a la edad de la jubilación controlan la dinámica demográfica de los retornos en España” (Recaño, 2004: 8). Sin embargo en Galicia es característico que el segundo grupo de retornos, el de las personas en edad cercana a la jubilación o que ya sobrepasan los 65 años se constituyen como aquel que tiene las tasas de migración de retorno más elevadas entre el colectivo masculino.

Gráfico 2.2.- Tasas de migración de retorno por sexo y edad en Galicia, 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de la explotación de microdatos de la EVR (31/12/2004) y del INE, Padrón Municipal de Habitantes 2005 (1/01/2005).

Las migraciones de retorno que recibió Galicia durante las décadas de los setenta y ochenta supusieron un efímero aporte al crecimiento poblacional. Al estar protagonizadas por habitantes en edad avanzada no hicieron más que paliar a corto plazo la dinámica natural de una sociedad envejecida. De ahí que en los diez años siguientes (de 1990 al 2001) los retornos ya no puedan compensar la pérdida de población. Habrá que esperar hasta el año 2002 cuando la llegada de inmigrantes internacionales comienza a remediar este declive demográfico.

2.1.2.- Navarra: el crecimiento continuado.

Veamos ahora Navarra. Su situación demográfica a nivel histórico ha sido un tanto diferente. Con una población de 601.874 personas en el año 2006, su número de habitantes, aunque ha experimentado variaciones a lo largo de las últimas décadas, nunca ha perdido población. Al contrario, esta comunidad ha obtenido importantes tasas de crecimiento a partir de los años 60, momento de su expansión industrial y terciaria. Desde esa fecha llegan a Navarra las mayores olas migratorias procedentes de otras regiones del estado⁸.

⁸ También han sido muy significativos en esta época los desplazamientos migratorios dentro de los propios municipios navarros. El lugar de destino por excelencia fue el área metropolitana de Pamplona. Entre 1950 y 1975 la población de la capital foral triplicó su número de efectivos (D'Entremont, 1981). La absorción de Pamplona de habitantes procedentes de otros municipios de la región ya había comenzado en 1940 (Jiménez, 1958).

Tabla 2.4.- Evolución movimientos migratorios en Navarra, 1961-1970

	1961-1965	1966-1970
Emigración	32.337	33.651
Extranjero	2.332	2.924
Otras CCAA	30.005	30.727
Inmigración*	35.495	42.251
Extranjero	1.152	961
Otras CCAA	34.343	41.290
SALDO MIGRATORIO ANUAL	632	1.720
SALDO MIGRATORIO QUINQUENIO	3.158	8.600

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Anuario Estadístico de España

* En la década de los 60, los datos de inmigración no recogen la cifra de personas procedentes de países europeos.

Los flujos migratorios alcanzan su cenit en la etapa 1966-1970. Durante ese quinquenio el saldo migratorio anual fue de 1.720 personas (ver tabla 2.4). En esos mismos años Galicia perdía cerca de 80.000 habitantes al año (ver tabla anexo 9A). De ahí que la repercusión de la inmigración sobre la estructura por edades de la población navarra no fuese tan elevada como en el caso de los desplazamientos migratorios gallegos. No obstante, en el período comprendido entre 1960 y 1970, el aumento de los residentes navarros se acerca al 15,6% (Galicia perdía en esos años al 0,7% de sus habitantes). El aumento de población navarra durante esa década estuvo influenciado por el crecimiento natural (el comportamiento de la natalidad y de la mortalidad) pero el factor inmigración fue decisivo en el despegue demográfico de esta comunidad. Los movimientos migratorios han contribuido con aproximadamente el 18% del crecimiento demográfico total experimentado en Navarra en la década de los sesenta (ver tabla 2.5).

Tabla 2.5.- Crecimiento real, crecimiento natural y saldo migratorio en Navarra en el período 1961-1970

Población 1960	401.132
Población 1970	466.597
CRECIMIENTO REAL (A)	65.465
Nacimientos	83.163
Defunciones	38.500
CRECIMIENTO VEGETATIVO	44.663
Inmigrantes	77.746
Emigrantes	65.988
SALDO MIGRATORIO (B)	11.758
APORTE INMIGRACIÓN AL CRECIMIENTO REAL (B/A)	18,0

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Censo de Población y Vivienda; INE, Anuario Estadístico de España

Galicia y Navarra ejemplifican la polarización demográfica territorial del estado español. Mientras que unas regiones ganaban la población necesaria para impulsar su industrialización, urbanización y crecimiento económico, la tendencia en otras comunidades fue la de despoblamiento. Los flujos migratorios, eminentemente laborales se desplazaron como sugieren las teorías clásicas, del campo a la ciudad, y de las ciudades no industriales a aquellas en las que existía una fuerte demanda de mano de obra industrial, poco especializada y masculina. Tal es el caso de Navarra. Aunque su crecimiento demográfico haya sido calmado durante la mayor parte del siglo XX, nunca a lo largo del milenio ha perdido población (ver tabla 2.6). Incluso en los períodos de expulsión de mano de obra (anteriores a la década de los sesenta), su crecimiento vegetativo (la diferencia entre nacimientos y defunciones) era lo suficientemente amplio como para compensar las pérdidas del saldo migratorio (Valentín, 1993) (ver tabla 2.7).

Tabla 2.6.- Evolución de la población en Navarra, 1900-2006

	Población	Variación	
1900	307.669		Lento y leve incremento de población
1910	312.235	1,5	
1920	329.875	5,6	
1930	345.883	4,9	
1940	369.618	6,9	
1950	382.932	3,6	Inmigración intraregional e intermunicipal
1960	402.042	5,0	
1970	464.867	15,6	
1981	507.367	9,1	Crecimiento natural positivo pero desgaste crecimiento demográfico. Emigraciones de retorno.
1991	523.563	3,2	
2001	555.829	6,2	
2002	569.628	2,5	Crecimiento vegetativo positivo e inmigración internacional
2003	578.210	1,5	
2004	584.734	1,1	
2005	593.472	1,5	
2006	601.874	0,4	

Fuente: IEN, INE. Elaboración propia a partir de Censos de Población y de Padrones Municipales

Tabla 2.7.- Evolución del movimiento natural de la población y del saldo migratorio en Navarra, 1900-1981.

	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo	Saldo migratorio
1901-1910	94.331	63.663	30.668	- 26.102
1911-1920	94.194	63.836	30.358	- 12.718
1921-1930	95.891	58.693	37.198	- 21.190
1931-1940	79.562	53.522	26.040	- 2.305
1941-1950	79.130	45.983	33.147	- 19.883
1951-1960	77.439	37.830	39.609	- 20.499
1961-1970	83.163	38.530	44.633	18.192
1970-1975	42.677	21.274	21.403	- 5.215
1976-1981	40.051	22.122	17.929	8.292

Fuente: VV.AA. (1986), "Población", en MARTÍN, A. (dir.), *Gran Atlas de Navarra*, Pamplona, Caja de Ahorros de Navarra: 129-145.

Su tardía industrialización ha provocado que no fuese hasta los años 60 cuando este componente económico impregnase su sello sobre la población de esta región (Marcotegui y Mikelarena, 2000). Mientras los gallegos se forjaban el estereotipo de un país emigrante (como diría Castelao, “En Galicia no se protesta, se emigra”), Navarra comenzaba a configurarse como una de las regiones más desarrolladas del país y, por lo tanto, atractiva para la mano de obra procedente de otros territorios.

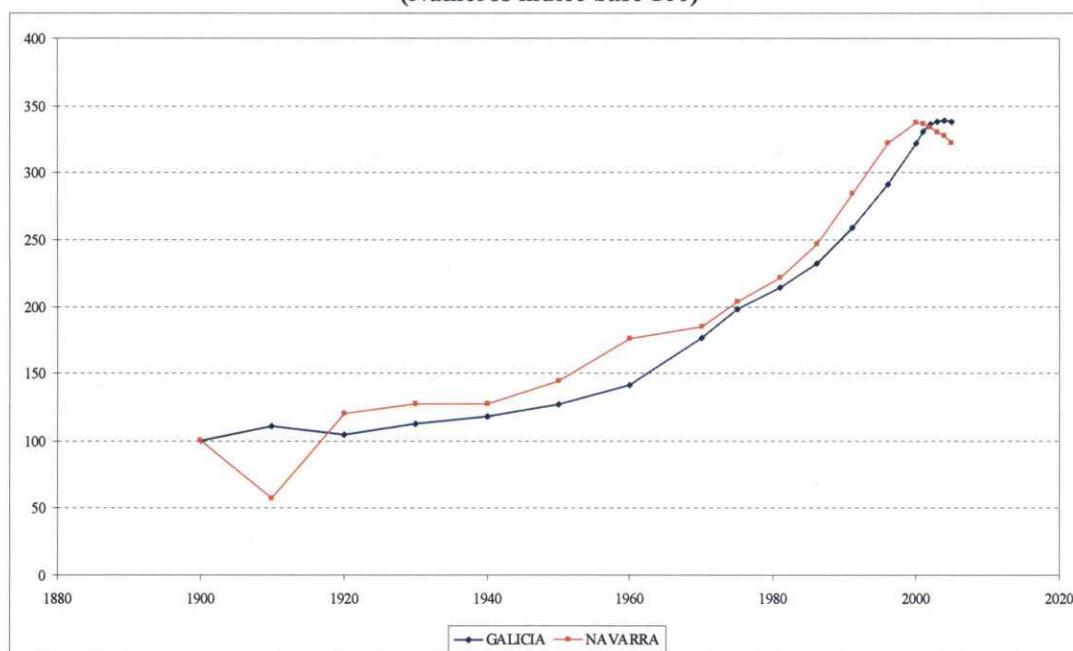
2.1.3.- Anticipación e intensidad del envejecimiento: Galicia frente a Navarra.

Las diferentes dinámicas demográficas de Galicia y Navarra han generado puntos de partida desiguales hacia el envejecimiento que se reflejan en sus distintos niveles de declive poblacional. En la región galaica dicho proceso no es fruto inequívoco del comportamiento reproductivo de sus habitantes y del aumento de la esperanza de vida, sino que está influenciado por otros factores que si bien son demográficos tras ellos existe una impronta social. Es el caso de las conductas migratorias de sus residentes: por un lado, las sucesivas olas migratorias experimentadas a lo largo del siglo XX propiciaron la pérdida de efectivos jóvenes e indujeron una temprana caída de la fecundidad; y por otro, las migraciones de retorno protagonizadas a edades avanzadas aceleraron el aumento de población mayor de 65 años. Se podría decir que en esta región se combina un envejecimiento estructural (motivado por el movimiento natural) con un envejecimiento por conductas (condicionado por comportamientos sociales que añaden más ancianos al envejecimiento). En Navarra, sin embargo, el envejecimiento es un producto típico de las sociedades modernas e industriales en donde la caída de la natalidad y el descenso de la mortalidad han dado lugar a una población estable con lentas variaciones en su contenido.

Estudiando el ritmo del envejecimiento para ambos territorios desde 1900 las cifras indican que dicho fenómeno aparece en Navarra con una mayor intensidad. Elaborando un índice 100 sobre el porcentaje de personas que sobrepasan la edad de jubilación se encuentra la evolución de esta dinámica (gráfico 2.3). En Navarra hasta el año 2000 existía un impulso demográfico hacia el envejecimiento más rápido que el experimentado por Galicia. Es decir, a pesar de que Galicia es una región caracterizada por sus continuos procesos emigratorios y de que Navarra es una comunidad de recepción de población (desde los años 60), este desequilibrio migratorio entre ambos

territorios, generó un ritmo de envejecimiento en Navarra superior del advertido en Galicia.

**Gráfico 2.3.- Evolución de la población navarra y gallega mayor de 65 años
(Números índice base 100)**

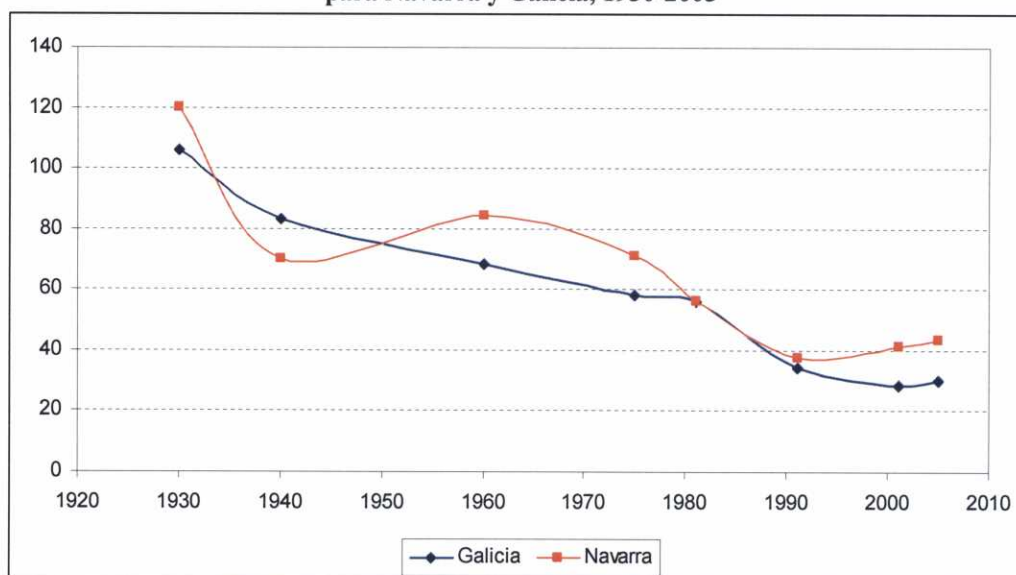


Fuente: Elaboración propia. INE, IEN, IGE, Padrones Municipales de Habitantes y Censos de Población

Dicha situación se explica porque el proceso de declive demográfico comenzó antes en el territorio gallego promovido por la influencia de los procesos emigratorios y por los efectos que estos desplazamientos causaron en el nivel de fecundidad. De hecho, la transición demográfica gallega es calificada por diversos autores como “peculiar” (López, 1996) precisamente porque el envejecimiento de la población se hace patente en esta comunidad con anterioridad al resto del estado. Por un lado, las emigraciones masivas afectaron a la estructura de edades y, por otro, repercutieron en los niveles de fecundidad. Las altas tasas de migración masculina incidieron en un elevado índice de soltería y en un acceso al matrimonio a edad más tardía provocando una caída de la fecundidad más temprana que en el resto de regiones estatales entre las cuales se encuentra Navarra (gráfico 2.4) (López, 1996; Bertrand, 1992). Este escenario demográfico impuso un ritmo de envejecimiento más pausado a lo largo del tiempo pero con efectos más profundos en la actualidad por lo que ya entrado el siglo XXI, tal y como puede observarse en el gráfico 2.3, la intensidad gallega hacia el envejecimiento sobrepasa por primera vez a la navarra⁹.

⁹ Cabe mencionar que es a partir del año 2000 cuando se consolidan los flujos migratorios internacionales hacia las regiones situadas en el Valle del Ebro, entre las cuales, Navarra es de las que experimenta una

Gráfico 2.4.- Evolución de la Tasa General de Fecundidad Estandarizada para Navarra y Galicia, 1930-2005



Fuente: Método de estandarización indirecta utilizando las tasas específicas de fecundidad de España como población tipo. Elaboración propia. INE, Movimiento Natural de la Población (1930-2004), Censos de Población y Padrón Municipal de habitantes.

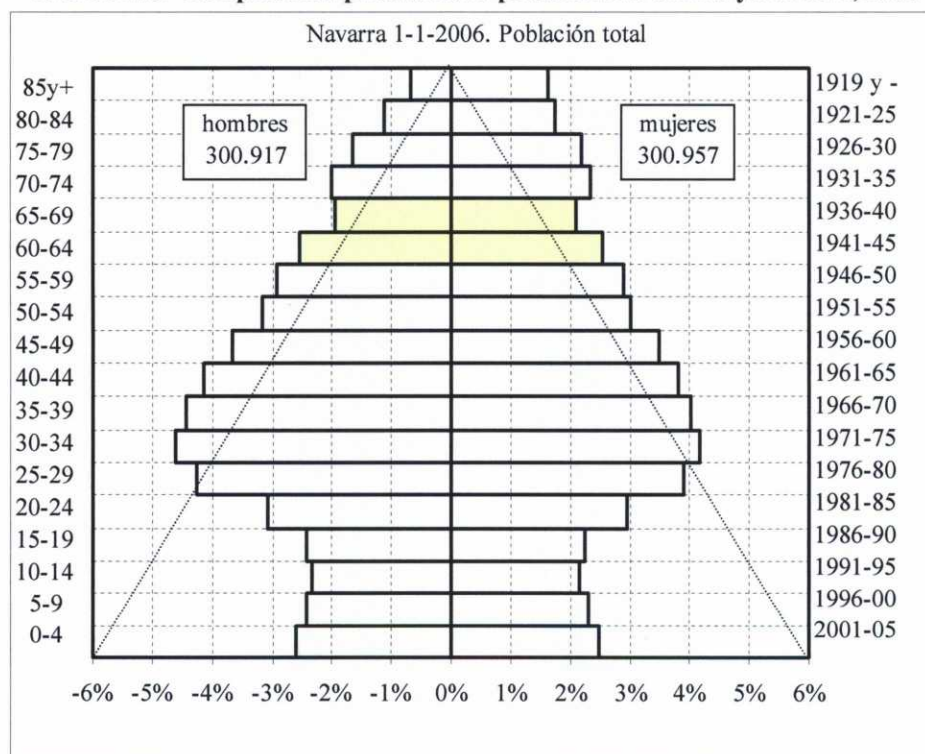
De hecho, el porcentaje de personas mayores en Galicia es de un 21,5% configurándose como uno de los territorios del conjunto estatal con una población más envejecida (por delante estarían Castilla y León y Asturias). En Ourense y Lugo el 28,2 y el 27,8% de su población respectiva supera la edad de jubilación. Solamente les gana Zamora con un 28,4% de personas ancianas en esa competición hacia el envejecimiento en el que estas tres provincias se encuentran a la cabeza. Al mismo tiempo el porcentaje de personas menores de 20 años (las consideradas como jóvenes) ha ido descendiendo desde 1975, cuando el índice de juventud (porcentaje de personas menores de 20 años sobre el conjunto de la población) era de un 31,7%. En el 2006 se reduce a la mitad, situándose en un 16,1% (ver anexo tabla 4A).

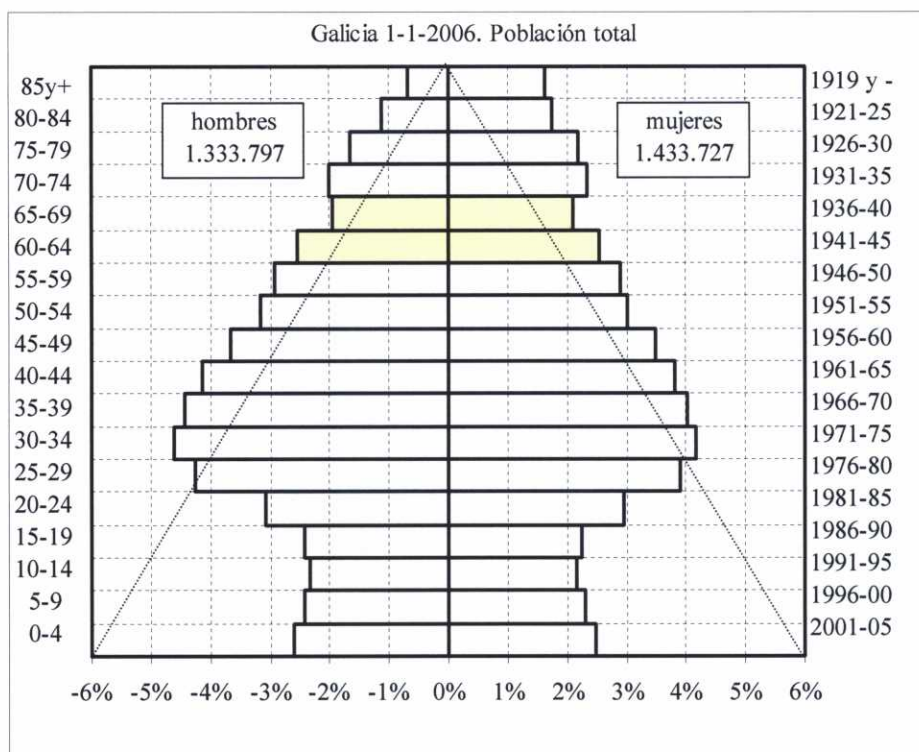
En Navarra, el peso de los mayores ha experimentado diversas fluctuaciones. En la actualidad, este porcentaje es de un 17,4%. En la evolución de este dato desde 1975 puede apreciarse un aumento relativo menos alarmante al del caso gallego, en donde, en los últimos 30 años la cifra casi se ha duplicado. De hecho, en Navarra, el peso relativo de los mayores de 65 años ha experimentado un ligero descenso desde el año 2003. El porcentaje pasa de representar un 18,0% en 2002 a un 17,4% en el 2006. La llegada a las edades de jubilación de las generaciones vacías de la Guerra Civil y de la Posguerra

mayor afluencia. Puede afirmarse, por tanto, que la llegada de personas procedentes del extranjero ha rebajado la energía del envejecimiento navarro.

son causantes de este pequeño “respiro demográfico”. Tal y como puede apreciarse en la pirámide de población representada a continuación (ver gráfico 2.5), en el grupo de edad 65-69 años se encuentran las personas nacidas entre 1936-40, las generaciones más afectadas por la Guerra Civil, en las cuales el número de efectivos es menor. Esta situación se espera que continúe en los próximos años, pues se incorporarán al colectivo de mayores aquellos que han nacido entre 1941 y 1945, generaciones de poca población debido a la caída de la natalidad provocada por el fin de la contienda. Este proceso de rejuvenecimiento en Navarra ha estado influido también por la recepción de inmigrantes internacionales, que en esta región, suponen ya el 8,4% de sus residentes (año 2006). En ausencia de estas migraciones el peso de los que sobrepasan los 65 años sería de un 19,0% y no de un 17,4%. Es decir, los extranjeros han rebajado en 1,6 puntos la proporción de la población de mayores (ver anexo tabla 1A).

Gráfico 2.5.- Comparación pirámides de población de Galicia y Navarra, 2006





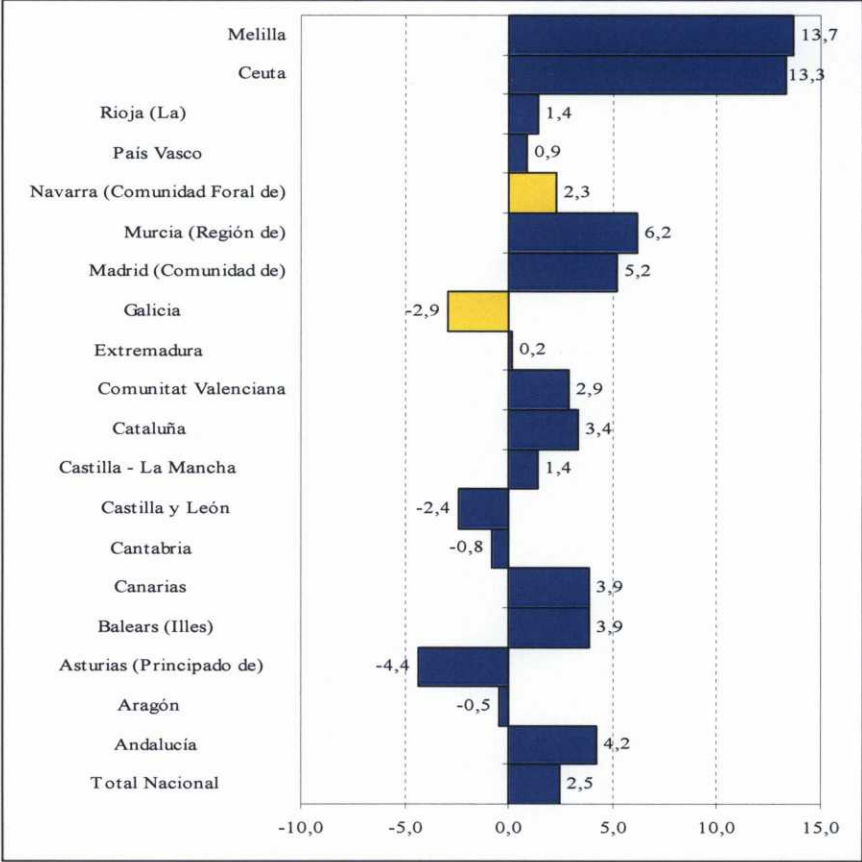
Fuente: Elaboración propia. INE, Padrón Municipal de Habitantes, 1/1/2006

Así mismo es importante reseñar una leve recuperación de la natalidad entre las mujeres residentes en Navarra que da lugar a un Índice Sintético de Fecundidad de 1,3 hijos por mujer, sensiblemente mayor al registrado para Galicia (datos año 2005) que se sitúa en el 1,0. No se llega al reemplazo generacional de 2,1 y siendo que ambos territorios tenían un índice sintético de fecundidad en el año 1975 que superaba tan ansiada cifra (2,7 en el caso de Navarra y 2,4 en el de Galicia). El descenso de la fecundidad ha sido acelerado en todas las regiones del estado. En 1976 España se mantenía como el segundo país de la UE en el que nacían más niños con un índice de 2,8 nacimientos por mujer (ver anexo tablas 4A, 5A y 6A). Aunque en Galicia el número absoluto de nacimientos va en progresivo aumento desde el año 2000, la estructura demográfica envejecida de su población determina un número de muertes superior al de nacimientos. El saldo vegetativo gallego se sumerge en los valores negativos (ver gráfico 2.6) representados, en el gráfico 2.7, en la parte izquierda del eje cartesiano.

La situación en la Comunidad Foral no es tan extrema: a un menor porcentaje de personas mayores hay que añadir un crecimiento vegetativo positivo. En Galicia, este crecimiento natural no es suficiente para incrementar el número de personas residentes en esta comunidad por lo que necesita la llegada de población inmigrante para no perder

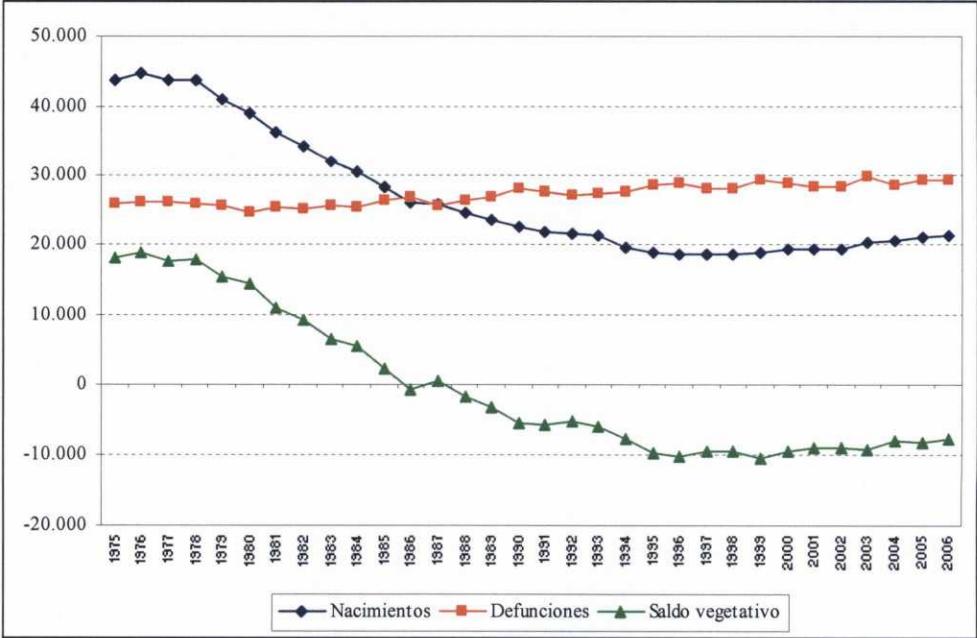
población. España todavía no se encuentra en esta situación debido al repunte de la natalidad que ha tenido lugar en los últimos tres años aunque su saldo vegetativo roza el de una población estática (INE, 2005).

Gráfico 2.6.- Saldo vegetativo por 1000 habitantes. Total nacional y CC.AA., 2006



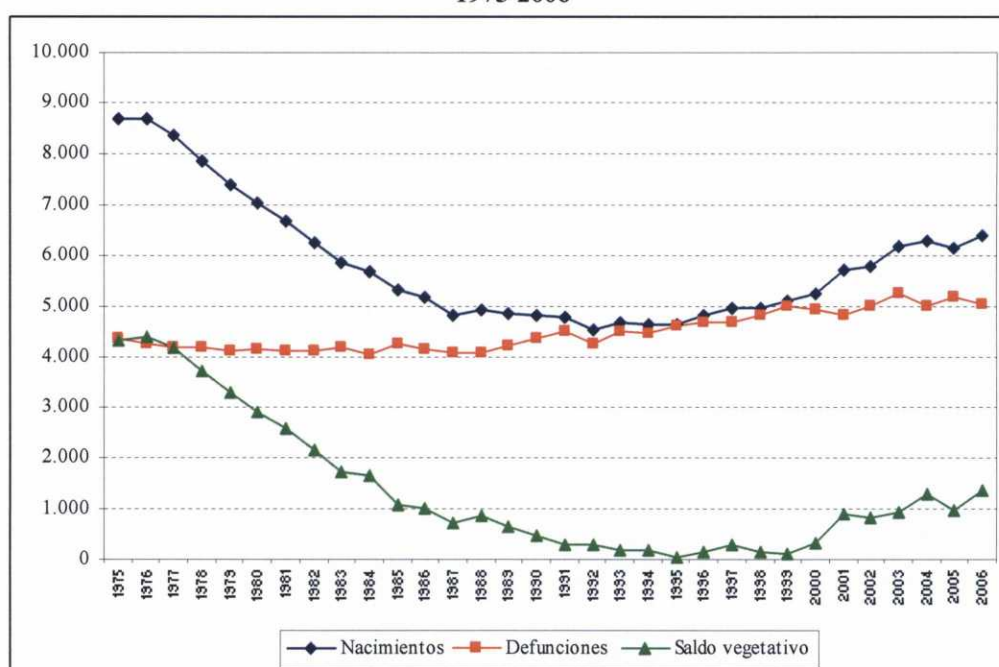
Fuente: Elaboración propia a partir del INE, Movimiento Natural de la Población.

Gráfico 2.7.- Evolución de los nacimientos, defunciones y del saldo vegetativo en Galicia, 1975-2006.



Fuente: Elaboración propia a partir del INE, Movimiento Natural de la Población

Gráfico 2.8.- Evolución de los nacimientos, defunciones y del saldo vegetativo en Navarra, 1975-2006



Fuente: Elaboración propia a partir del INE, Movimiento Natural de la Población

Los procesos migratorios experimentados a lo largo del último siglo junto con las transformaciones en las pautas de fecundidad han dado lugar a diferentes niveles de envejecimiento para Navarra y Galicia. Sin embargo, en ambos territorios se impone una característica común, propia además del envejecimiento en España. Y es el imparable aumento del colectivo que sobrepasa los ochenta años. En el 2005 este grupo alcanza en Galicia el 6,1%. En Navarra, el 5,2% (ver anexos tablas 7A y 8A). Para el total nacional este grupo de edad es el que más ha crecido en los últimos diez años (Sancho et al., 2005).

2.1.4.- La inmigración que amortigua y la que impulsa.

Tal y como se señalaba al comienzo de este capítulo dos son los factores que provocan cambios en el ritmo del crecimiento y en la estructura por edades de una población. Uno es el denominado como crecimiento natural (diferencia entre nacimientos y defunciones) y otro es el saldo migratorio (resultado de restar el número de emigrantes e inmigrantes). La instalación de personas extranjeras es uno de los fenómenos demográficos más llamativos acontecidos a partir de la década de los noventa en España. Más que el porcentaje de población foránea, que en el año 2006 alcanzaba el 8,7%, la relevancia de los flujos migratorios en este país hay que buscarla en la

aceleración de las llegadas. Durante el período 2000-2005, España es el país de la OCDE en el que más se ha incrementado el porcentaje de personas inmigrantes¹⁰ (OCDE, 2006).

Este incremento de personas procedentes del exterior ha coincidido con una debilidad del crecimiento de la población española por lo que desde el inicio del siglo XXI para todas las regiones del estado el aporte que induce en mayor medida a la contabilización de nuevos residentes es el de la corriente migratoria. **La relación nacimientos/defunciones o bien no es suficiente para promocionar aumentos poblacionales, o bien, cuando lo es, es decir, cuando la población crece de forma natural, su ritmo es muy lento y pausado.** El saldo migratorio se convierte en el protagonista del escenario del crecimiento. Las cifras nos muestran el mejor de los ejemplos. A nivel nacional el 94,0% del aumento de habitantes se ha realizado por la llegada de población extranjera. Tan sólo un 6,0% del incremento poblacional viene determinado por la reproducción natural (Izquierdo y López, 2000).

El impacto de los extranjeros en el crecimiento de la población de cada una de las comunidades está determinado por la propia dinámica demográfica de la población autóctona. La repercusión de los extranjeros sobre el aumento poblacional será diferente según las características que presente cada territorio en torno al saldo natural y migratorio de su propia población nativa. La conjunción de ambos factores da lugar a varias situaciones demográficas que son las que ofrecen la posibilidad de incremento o decrecimiento de una población. Así, hay regiones que pueden crecer en habitantes porque existen más nacimientos que defunciones a pesar de que tengan más emigrantes que inmigrantes (crecimiento vegetativo positivo y saldo natural negativo) y hay otras en las que un saldo migratorio positivo no es capaz de compensar la caída de la natalidad y, por tanto, no puede revertir un crecimiento vegetativo negativo.

La investigación dirigida por Antonio Izquierdo (2006a) titulada “Dinámica demográfica de los extranjeros. Incidencia en el crecimiento de la población” contiene un capítulo dedicado a los “Contextos de llegada e instalación” (Martínez Buján y

¹⁰ “El 75% de los extranjeros han llegado a España en los últimos cinco años, por lo que tres de cada cuatro se establecieron en el país a partir del año 2000. Esta intensidad migratoria multiplica casi por diez el promedio registrado a finales de los años 90 y supera incluso la intensidad de nuestros procesos de emigración durante el siglo XX” (López de Lera, 2006).

Villares, 2006). En él se recoge la variedad regional del impacto de los extranjeros en el aumento de efectivos. Los datos elaborados en esa ocasión correspondían al período 2001-2002 aunque en estas páginas se han actualizado con respecto a los últimos disponibles correspondientes al Padrón de 2006. En la tabla 2.8. las comunidades aparecen clasificadas en dos grandes grupos según la dinámica demográfica de su población nativa.

Tabla 2.8.- Dinámica Demográfica de la población española por CC.AA. (año 2006)

REGIONES CRECIMIENTO NEGATIVO EN SU POBLACIÓN AUTÓCTONA	
País Vasco	Aragón, Asturias, Castilla y León
Existe un declive de su población autóctona porque su crecimiento natural es negativo y además el número de emigrantes supera al de inmigrantes. Además, el saldo migratorio incide más que el crecimiento vegetativo en el descenso de habitantes nativos.	Son las comunidades más afectadas por el envejecimiento de la población. Las muertes superan a los nacimientos y a pesar de que tienen un saldo migratorio de nacionales positivo, éste escasamente matiza las repercusiones del envejecimiento.
El papel de las migraciones internacionales es determinante para que no pierdan efectivos. Todo su crecimiento descansa sobre la llegada de extranjeros.	
REGIONES CRECIMIENTO POSITIVO EN SU POBLACIÓN AUTÓCTONA	
Cantabria, Castilla La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja	Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, C. Valenciana, Madrid, Murcia, Navarra.
A pesar de que las defunciones superan al número de nacimientos tienen un saldo migratorio de nacionales que compensa el descenso de población promovido por la reproducción natural.	Son las únicas comunidades que presentan dinamismo demográfico. Los nacimientos son superiores a las defunciones y además tienen un saldo en las migraciones de nacionales positivo.
Aunque su población aumente en ausencia de migraciones internacionales, en el año 2006 éstas son las que promueven en mayor medida el incremento de residentes. El aporte de los extranjeros al crecimiento total supera el 50% y en la mayoría de los casos es superior al 70%.	

Fuente: Actualización de los datos de Martínez, R. y Villares, M., 2006 con el Padrón de 1/1/2006

Galicia (junto con Extremadura, Castilla La Mancha, Cantabria y La Rioja) tiene un saldo migratorio nativo favorable y en la actualidad no pierde población porque este movimiento migratorio parece suficiente para compensar el descenso de la población provocado por su crecimiento vegetativo. A pesar de ser una de las regiones más envejecidas del panorama español el saldo migratorio de los nativos matiza el declive poblacional de un crecimiento vegetativo negativo¹¹. No obstante, **el crecimiento de la población total prácticamente descansa en la llegada de personas foráneas, siendo de un 82,5% el aporte de este colectivo al incremento de efectivos.** La migración transnacional cumple un “**efecto amortiguador**” del envejecimiento y de la pérdida de

¹¹ No hay que olvidar que se trata en su mayor parte de migraciones de retorno a edades avanzadas que, tal y como se ha descrito en páginas anteriores, tienen una importante repercusión sobre el nivel de envejecimiento. Esta característica es una señal de identidad del saldo migratorio de españoles en Galicia con respecto a otras comunidades autónomas como por ejemplo Navarra. En la Comunidad Foral la recepción de población nativa está asociada a una migración laboral.

población. Y ello a pesar de que Galicia ha recibido un flujo migratorio internacional poco numeroso comparado con el resto de las regiones¹².

Navarra, sin embargo, representa uno de los territorios de mayor vitalidad demográfica (junto con Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, C. Valenciana, Madrid y Murcia). El número de nacimientos y defunciones es positivo al igual que su saldo migratorio (recordemos, de la población autóctona). Aquí la población crece aunque no se recibiesen extranjeros por lo que el rol de las migraciones exteriores es diferente en este caso. **Aún así, son los inmigrantes internacionales los que promueven en mayor medida el incremento de residentes, alcanzando su aporte al crecimiento un 87,7%. La migración internacional cumple en este escenario un “rol intensificador”.**

Este impacto de las migraciones internacionales sobre las tasas de crecimiento de la población navarra es muy superior al experimentado por la inmigración que recibió durante los años 60 en plena expansión industrial (López de Lera e Izquierdo, 2005). Este papel de contribución demográfica de las migraciones internacionales es relativamente reciente¹³. Observando el pasado, Aragón, Asturias y Castilla y León perdían población total en 1991-95. Galicia, Extremadura y La Rioja se encontraban en esa situación en 1996-2000. En esas fechas, la llegada de extranjeros no era suficiente para compensar la atonía de los nativos. Es a partir de 2001 cuando en ellas aparece el factor de reemplazo de las migraciones¹⁴. Es en el cambio de siglo cuando se aceleran los flujos migratorios de llegada a España. No es de extrañar, entonces, que sea a partir de esta fecha cuando se convierta en más relevante su impacto sobre la demografía.

Los gráficos que aparecen a continuación representan la evolución del crecimiento real y el crecimiento vegetativo de las comunidades navarra y gallega en el período 1975-

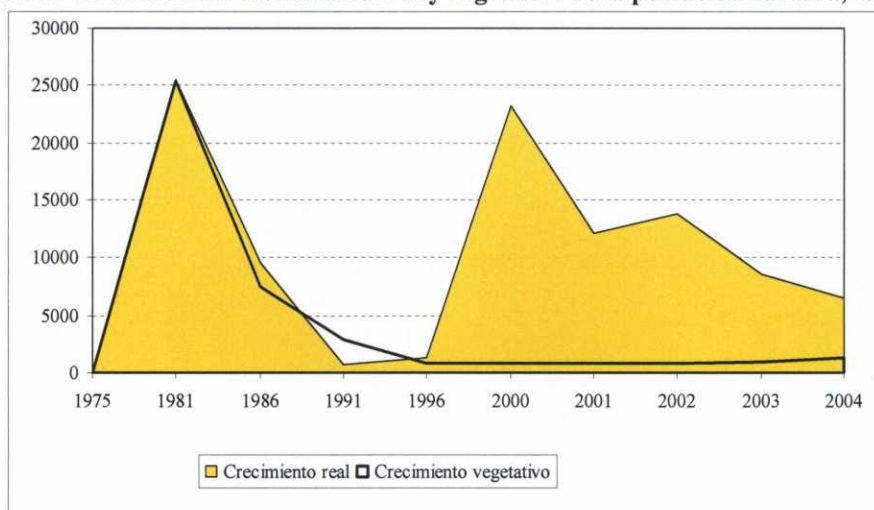
¹² Según los datos del último Padrón (2006) el ratio de extranjeros/población total en Galicia es de un 2,6%.

¹³ “Entre 1950 y 1981 la población navarra aumentó en 124.435 habitantes. En un 80% este crecimiento se debió al movimiento natural, pero esto no fue resultado de una inmigración representativa de un notable cambio de tendencia en una Navarra que hasta entonces nutría a la llamada “España peregrina” (VV.AA., 1986).

¹⁴ El concepto de migraciones de reemplazo o sustitución se utiliza para designar a la compensación que la población extranjera debería ejercer en el impacto que la baja fecundidad provoca sobre la población activa de los países desarrollados.

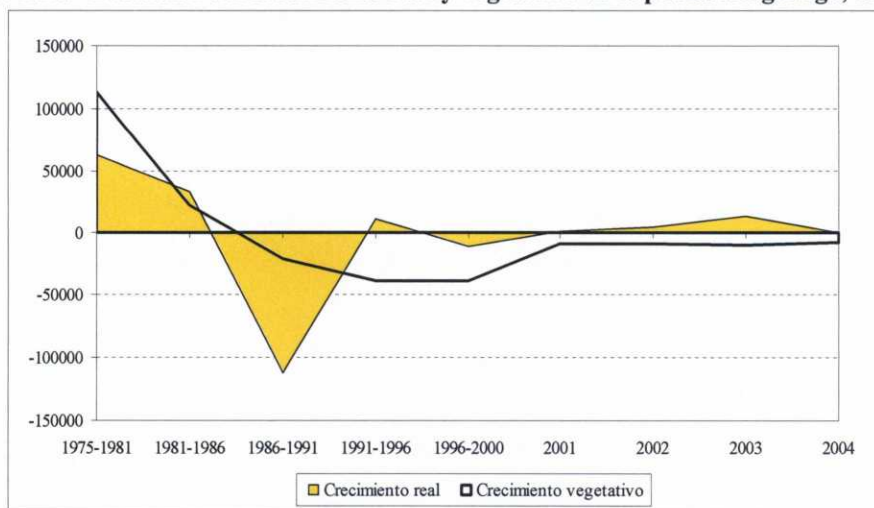
2004. En ellos se observa como el crecimiento de la población en Navarra hasta el año 1996 estaba influido por el componente natural (nacimientos y defunciones). A partir de esa fecha el aumento de habitantes es potenciado principalmente por las migraciones. En Galicia ya existía en el período 1986-1991 un número de defunciones superior al de los nacimientos. En ese momento el comportamiento natural de la población comienza a ser negativo, tendencia que sigue vigente en la actualidad. Sin embargo, desde el año 2001 la región no pierde población. La recepción de flujos migratorios internacionales es esencial a partir de esa fecha para estabilizar el declive demográfico.

Gráfico 2.9.- Evolución del crecimiento real y vegetativo de la población navarra, 1975-2004



Fuente: INE, Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.

Gráfico 2.10.- Evolución del crecimiento real y vegetativo de la población gallega, 1975-2004



Fuente: INE, Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.

2.1.5.- Conclusiones

La actual situación de envejecimiento en Galicia y Navarra parte de dinámicas demográficas divergentes. En la Comunidad Gallega el declive poblacional derivó de los desplazamientos masivos de sus habitantes hacia el exterior iniciados ya en los albores del siglo XX. Sin embargo, su repercusión sobre la composición por edades comienza a ser relevante en la década de los sesenta coincidiendo sus secuelas con un descenso generalizado en el número de nacimientos y con una nueva ola emigratoria dirigida a satisfacer las necesidades laborales de los territorios industrializados. Esta situación provocó en la segunda mitad del siglo pasado el inicio de una pérdida de población que únicamente se recupera a partir de los años ochenta, gracias a las migraciones de retorno emanadas de la recesión económica de la crisis del petróleo. Estos desplazamientos de regreso al lugar de origen actuaron como presa de contención demográfica hasta la década de los noventa cuando el movimiento natural, la diferencia entre nacimientos y defunciones, se torna en números negativos. Mueren más de los que nacen y aunque los retornos siguen siendo una inyección importante de efectivos no son suficientes numéricamente para compensar la atonía demográfica y además incluso se convierten en aceleradores del proceso de envejecimiento al regresar estos habitantes a una edad avanzada. La decadencia demográfica se estimula por la recepción de un doble envejecimiento: el que estaba experimentado la población nativa y aquel que ya trae consigo el colectivo inmigrante retornado.

La posición de la Comunidad Foral es un tanto diferente. El crecimiento natural de su población siempre ha sido un elemento de aporte demográfico revitalizado por la aportación del flujo migratorio recibido en la década de los sesenta. No obstante, en la actualidad el principal aporte demográfico es la inmigración internacional, siendo su incidencia de un 87% sobre el total del crecimiento. La acelerada llegada de población extranjera también ha repercutido en un descenso de un 1,6% del porcentaje de personas mayores de 65 años y, por lo tanto, en una lenta deceleración del ritmo del envejecimiento.

2.2.- Población mayor dependiente y recursos sociales: la ecuación insuficiente.

El progresivo nivel de envejecimiento de la población ha repercutido en un aumento de personas mayores dependientes, no únicamente porque existen más personas de edad, sino porque la esperanza de vida es más elevada y, por tanto, aparecen más probabilidades de prevalencia de dependencias severas. En este apartado se realiza un análisis de las características sociodemográficas de la población mayor dependiente en Galicia y en Navarra y de la satisfacción de sus necesidades de asistencia. Para ello, se ha realizado una explotación de los microdatos de la “Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999” y un estudio de las fuentes de atención dirigidas a personas mayores. En concreto, se han incorporado cifras tanto de los recursos asistenciales de la Administración Pública como del apoyo informal (cuidados realizados en el seno familiar). **El objetivo es describir el modo de provisión de los cuidados dirigidos a mayores dependientes.**

2.2.1.- La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud como fuente de investigación para el análisis de la dependencia.

No existe en el territorio español una tradición estadística sobre el tema de discapacidad y dependencia. La primera encuesta específica sobre esta materia aparece apenas hace veinte años, en 1986 titulada “Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías” (INE, 1987). La segunda se presenta doce años después (en 1999) bajo la denominación de “Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud” (EDDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y de la Fundación ONCE. No son las únicas fuentes de datos existentes a nivel nacional sobre el tema de discapacidad, pero sí son las únicas cuyo objetivo central se desarrolla en torno a esta materia. La “Encuesta Nacional de Salud” (con datos bianuales desde el año 1987 sobre el estado de salud de las personas mayores de 65 años), el “Programa de Accidentes Domésticos y de Ocio” (del Instituto Nacional de Consumo), la “Base de datos Estatal de Personas con Discapacidad” (con datos desde los años 70 hasta la actualidad)... son algunas estadísticas más que permiten

acercarse de alguna forma al conocimiento de las características de las discapacidades y de las personas que las poseen.

Además de la escasa antigüedad de las cifras, el análisis de estas bases de datos se dificulta por los **inconvenientes de comparabilidad** que plantea el marco conceptual bajo el cual han sido definidas. El resultado es la existencia de una amplia variedad de estimaciones de población dependiente que se ejemplifican en la tabla 2.10. Este problema persiste incluso en la información recogida por un mismo organismo; así, las encuestas sobre discapacidad y dependencia de los años 86 y 99 han formulado ambos términos de manera diferente a pesar de que las dos han sido realizadas por el Instituto Nacional de Estadística. Y es que la operativización de las discapacidades ha cambiado a lo largo del tiempo. De hecho, existen significativas disparidades entre las cifras obtenidas con la encuesta de 1986 y las que resultan de la efectuada en 1999. Las diferencias metodológicas en torno al concepto discapacidad en cada uno de esos dos estudios son las causantes de esta diversidad cuantitativa. Si la Encuesta de 1986 estimó el porcentaje de personas discapacitadas en un 15% de la población total, este dato desciende en la Encuesta de 1999 a un 9%¹⁵. Las causas por las que se ha rebajado el peso de personas discapacitadas han sido, por una parte, la supresión en la Encuesta de 1999 de la categoría “discapacidad para correr” que en la Encuesta de 1986 aglutinó a un número importante de entrevistados y, por otra, los cambios introducidos en la definición operativa de la “discapacidad para subir escaleras”¹⁶.

Tabla 2.9.- Población total, estimación del número de personas con discapacidad y prevalencia de la situación de discapacidad en España, 1986-1999.

	Población total	Población con discapacidad	
		Número absoluto	% sobre población total
Encuesta 1986	38.341.126	5.743.291	15,0
Encuesta 1999	39.247.019	3.528.221	9,0

Fuentes: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, 1986.
INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, 1999
(a partir de ahora, EDES 1999).

¹⁵ Esta dificultad contagia las cifras a nivel internacional por lo que las comparaciones espaciales también presentan este problema metodológico. Para ampliar información de datos a nivel internacional se puede consultar el Panel de Hogares de la Unión Europea realizado desde el año 1996 por EUROSTAT; la base de datos DISTAT que Naciones Unidas publica en su página web (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp>) y cuyos datos están recogidos en el “Compendio de Discapacidad de Naciones Unidas”; o la “Base de datos europea Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud,

¹⁶ Un análisis más profundo de estos cambios se encuentra en JIMÉNEZ, A. y A. HUETE, (2003).

En la presente investigación se han utilizado los datos y las definiciones de la “Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999”. Además de su potencia muestral (que cubre 70.500 viviendas de toda España lo que supone tener información sobre unas 218.000 personas)¹⁷ existen otras razones para la elección de esta fuente de información: primero porque tiene un rigor estadístico demostrado en las publicaciones realizadas por el INE a partir de sus resultados nacionales; segundo, porque permite una desagregación territorial por Comunidad Autónoma sin perder la representatividad estadística; tercero, porque podría saberse la situación de la población dependiente a nivel regional a partir de los mismos elementos de definición (evitándose así desigualdades metodológicas) pudiéndose realizar comparaciones entre Galicia y Navarra; cuarto, porque permite describir las características sociodemográficas de la población dependiente; y quinto, por la facilidad de acceso a los microdatos (se encuentran en la página web del INE).

La EDDDES incorpora la **definición de discapacidad** del Consejo de Europa (1998) que a su vez se ha utilizado en la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes” en vigor desde el 1 de enero de 2007. La discapacidad se entiende como “las consecuencias que la enfermedad produce a nivel de la persona” mientras que la dependencia es “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” o, más concretamente, se trata de “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Consejo de Europa, 1998). En definitiva, para que se produzca una situación de dependencia es necesaria la concurrencia de tres factores (IMSERSO, 2005a):

1. La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
2. La incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.
3. La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

¹⁷ La muestra incluía únicamente a personas que no estaban en instituciones, de ahí que esta fuente subestime a la población con dependencia severa al ser este colectivo el que suele vivir en residencias.

La discapacidad sería cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano (ausencia de una mano, mala visión, sordera, retraso mental...) y la dependencia sería además la necesidad de una tercera persona para poder desarrollar de forma autónoma ciertas actividades de la vida diaria (comer, levantarse, moverse...) a las que están asociadas las limitaciones que plantean las discapacidades. La discapacidad es un proceso anterior a la situación de dependencia y no la implica forzosamente. Una persona puede ser discapacitada (por ejemplo, padecer sordera) y no por ello ser una persona dependiente.

Existe un cierto consenso entre los analistas en la consideración de qué es dependencia y discapacidad, surgiendo el debate alrededor de la operacionalización de ambos términos. La polémica aparece en la enumeración de los criterios que conforman esos actos de la vida cotidiana que no pueden ser realizables por la persona discapacitada y en determinar cuándo las limitaciones en la capacidad funcional de un individuo son tales y de tal gravedad que permiten considerarlo como dependiente y necesitado de ayuda y cuidados. El resultado de estas controversias académicas es la disparidad de resultados en las estimaciones sobre la población afectada y el grado de severidad de su falta de autonomía (ver tabla 2.10). A nivel conceptual la EDDDES emplea el indicador de “**actividades de la vida diaria**” (normalmente denotadas con las siglas AVD) definidas como aquellas actividades que un individuo debe poder realizar de manera autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo un rol social. A nivel práctico se dividen en dos categorías:

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desvestirse, acudir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar, realizar movimientos básicos como agacharse o inclinarse...) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas simples).
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Son actividades más complejas que las ABVD, por lo que su ejecución implicará estar en posesión de un mayor nivel de autonomía funcional. Se asocian a tareas que

implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, tomar la medicación correctamente, cortarse las uñas de los pies, subir escaleras, emplear el transporte público, prepararse la comida, hacer compras básicas, realizar ciertas actividades domésticas como fregar los platos o hacer la cama, poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

Esta encuesta ha utilizado los criterios marcados por la nueva clasificación de discapacidades de la OMS denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en el año 2001, como marco de referencia para definir cuáles de estas actividades y qué grado de las mismas tiene que darse para que una persona sea dependiente. El concepto de discapacidad de la EDDDES, 99 ha sido operativizado a través de 36 actividades básicas, trece de las cuales se han incluido como “Actividades de la Vida Diaria” cuyo estudio es el que permite trazar un perfil cuantitativo bastante aproximado de las necesidades de asistencia personal ligadas a las situaciones de dependencia. El Real Patronato sobre Discapacidad publicó a mediados de 2003 el primer informe elaborado a partir de los datos de la EDDDES, 99. Dicha publicación titulada “Las discapacidades en España. Datos estadísticos”, escrita por Antonio Jiménez y Agustín Huete (2003), establece una descripción cuantitativa de las discapacidades y de la dependencia en España. En torno a la operacionalización de este último término se explica que: “Dentro de este listado de 13 actividades se incluyen tanto actividades básicas de la vida diaria (actividades esenciales de autocuidado y de movilidad física que son necesarias para llevar una vida independiente en casa, como cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar, asearse, controlar las necesidades; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber) como actividades instrumentales de la vida diaria (actividades asociadas a tareas domésticas y de administración del hogar, que implican interacciones más complejas con el medio, como deambular sin medio de transporte, cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia)”.

Para concluir con esta introducción metodológica cabe recordar al lector que los datos de la encuesta sobre discapacidades no son informes realizados por expertos, sino que recogen la opinión de los encuestados sobre su propio estado de salud. En este caso, como dice María Ángeles Durán (2002): “La necesidad, como percepción de una carencia, no se corresponde exactamente con la carencia: pero no por eso deja de surtir efectos individuales y sociales”. Ello no significa que dichas encuestas no traten sobre necesidades reales: son reales cuando el individuo siente que las tiene, de manera que, la no satisfacción de las mismas genera de por sí un posible desperdicio de recursos.

Tabla 2.10.- Estimaciones de la población mayor con dependencia en España¹⁸

Autor/es	Fuente utilizada para la estimación	Población mayor dependiente	Observaciones
Pérez Díaz (1986)	Encuesta de discapacidades (1986)	1.077.989	Personas con alguna minusvalía
Morán Aláez (en Rodríguez Cabrero, 1999)	Encuesta Nacional de Salud (1993)	1.943.373	El 67,9% son dependientes graves (641.120 personas)
Defensor del Pueblo (2000)	Estudio 2072 CIS (1993)	1.500.000	
UNESPA (2000)	1998	954.167/1.267.953	
Casado y López (2001)	Encuesta Soledad CIS (1998)	2.100.000/2.300.000	34,2% de los mayores sufren “dependencia amplia”
Abellán y Puga (2002)	Encuesta Nacional de Salud (1997)	2.099.884	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
INE (2001)	EDDES (1999)	1.423.962	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
Puga (2002)	Encuesta Nacional de Salud (1997)	1.691.799	26% de los mayores (12,4% es dependiente moderado-grave)
Jiménez Lara y Huete García (2003)	EDDES (1999)	1.464.815	Todos los grados de severidad
Fundació Institut Català de l'Envel·liment (2004)	EDDES (1999)	1.585.844	Selección de las actividades de la vida diaria
Abellán y Puga (2004)	EDDES (1999)	1.115.257	Dependencia muy grave (ayuda continuada): 359.281; dependencia grave: 337.748; dependencia moderada: 418.228
Rodríguez Cabrero (2004)	EDDES (1999)	1.017.104	Dependencia muy grave o severa: 206.441; dependencia grave: 380.908; dependencia moderada: 429.755
Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004)	EDDES (2005)	826.551 personas con discapacidad severa o total para alguna actividad básica de la vida diaria y 1.061.404 con dependencia moderada o necesidad de ayuda instrumental	Se diferencia entre un grupo de personas con dependencia severa en actividades de tipo personal y otro grupo más mayoritario de personas que necesitan ayuda para actividades instrumentales
Morán y Rodríguez Cabrero (2005)	EDDES (2005)	Hipótesis máxima de 1.583.234 e hipótesis mínima de 1.444.750 personas de 65 y más años	Indicador sintético de ABVD (actividad básica de la vida diaria) y AIVD (actividad instrumental para la vida diaria)

Fuente: RODRÍGUEZ, G. (2005), “La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España”, *Panorama Social*, 2:21-33.

¹⁸ Otra compilación mucho más extensa sobre las diferencias de las estimaciones de la población dependiente se encuentra en Palacios y Abellán (2006)

2.2.2.- Los niveles de dependencia y las necesidades de asistencia se acentúan según el sexo, la edad y la Comunidad Autónoma.

Siguiendo los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud realizada por el INE en el año 1999, cerca del 9,0% de la población española posee alguna discapacidad, mientras que la cifra de personas dependientes se acerca al 6,0%. Si entramos en la especificidad de los resultados, los datos ofrecen un panorama más completo y más interesante para esta investigación. Remitiéndonos al colectivo de más de 65 años las cifras indican que el 30,5% de las personas mayores poseen algún tipo de discapacidad estando asociada a una dependencia en un 21,6%. Es decir, **alrededor de un quinto de las personas de más de 65 años son dependientes y necesitan de la ayuda de una tercera persona para realizar las Actividades de la Vida Diaria.**

Tabla 2.11.- Población con alguna discapacidad y población mayor de 65 años con alguna dependencia

POBLACIÓN TOTAL 1999	40.350.974	
POBLACIÓN >65 AÑOS 1999	6.790.852	
	Frecuencia	Porcentaje
Personas con alguna discapacidad	3.528.221	8,7
Personas con alguna discapacidad para las AVD ¹⁹	2.285.340	5,6
Mayores 65 años con alguna discapacidad	2.072.652	30,5
Mayores 65 años con alguna discapacidad para las AVD	1.464.815	21,6

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES, 99; INE, Padrón Municipal de Habitantes (los datos poblacionales están calculados a mitad de año)

El factor edad es el elemento más importante que explica el grado de dependencia y la severidad de la misma. Ésta se agrava a medida que cumplimos años. El porcentaje de personas que experimentan alguna dependencia en el grupo de edad de 65 a 79 años es de un 16,4%, mientras que esta cifra asciende a un 39,3% en el caso de aquellos que superan los ochenta años. Así mismo, la prevalencia de dependencias graves entre el colectivo de los más mayores se acerca al 50%, rebajándose esta cifra al 30,5% en el grupo etario comprendido entre los 65 y los 79 años (ver tabla 2.12). Teniendo en cuenta que una de las características del actual nivel de envejecimiento es el incremento

¹⁹ Las actividades de la vida diaria consideradas en todas las tablas de este apartado son: realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

de las personas de 80 y más años la tendencia hacia las dependencias asociadas al factor edad irá en aumento (Sancho et al., 2005).

Tabla 2.12.- Población mayor de 65 años con alguna dependencia para las AVD según grado de severidad, grupo de edad y prevalencia

	Población dependiente			% Prevalencia		
	65-79	80 y más	Total >65 años	65-79	80 y más	Total >65 años
Moderada	279.230	126.977	693.817	33,1	21,6	31,0
Severa	307.792	165.672	731.705	36,4	28,1	32,7
Grave	257.455	296.489	815.491	30,5	50,3	36,4
(No consta)	17.942	13.257	44.326	100,0	100,0	100,0
Subtotal	844.477	589.138	2.241.013			
Total	862.419	602.395	2.285.339			

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES, 99; INE, Padrón Municipal de Habitantes (los datos poblacionales están calculados a mitad de año)

El proceso de feminización que acompaña a la población octogenaria implica que un porcentaje importante del colectivo con una mayor severidad en su falta de autonomía sean mujeres. En concreto, el 42,9% de las mujeres que sobrepasan los ochenta años experimentan una ausencia de autonomía frente al 32,2% de sus homólogos masculinos (ver tabla x).

Tabla 2.13.- Población mayor de 65 años con alguna dependencia para las AVD según sexo, grupo de edad y prevalencia.

	Total poblacional		Personas dependientes		% Prevalencia	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
65 a 79	2.342.145	2.917.761	278.095	584.325	11,9	20,0
80 y más	509.084	1.021.863	164.117	438.278	32,2	42,9

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES, 99; INE, Padrón Municipal de Habitantes (los datos poblacionales están calculados a mitad de año)

En un contexto envejecido como el español, las diferencias territoriales de la dependencia, están asociadas al factor edad, aunque medidas de política sanitaria y social también puedan mostrar alguna influencia. Sin embargo, cuando se estudia la dependencia en personas mayores de 65 años, la pérdida de capacidades se explica principalmente por características biográficas y vitales individuales y no tanto por su entorno físico (Puga y Abellán, 2004), aunque existen estudios que vinculan el lugar de residencia como un factor que incide en la probabilidad de padecer una dependencia (Sarasa, 2007). En general, puede decirse que existe una confluencia entre aquellos territorios que presentan un peso más relevante del colectivo que supera los 80 años con respecto a los que tienen unos mayores porcentajes de población mayor que necesita

ayuda para el desarrollo de su vida diaria. La situación más extrema se encuentra en la Comunidad de Aragón en donde el 42,1% de los mayores de 65 años experimentan algún tipo de dependencia, coincidiendo esta cifra con uno de los porcentajes más elevados de residentes mayores de ochenta años (un 5,1%). En el lado opuesto, están los ancianos de La Rioja con un 13,0% de mayores en estas circunstancias. Galicia y Navarra aparecen a mitad de camino entre ambos porcentajes. Galicia, debido a su mayor nivel de envejecimiento presenta una situación un tanto más complicada. La incidencia de la dependencia entre los que superan los 65 años es para esta región de un 24,1%. En Navarra el peso desciende a un 19,4%.

Tabla 2.14.- Población mayor de 65 años con alguna dependencia para las AVD según CC.AA.

	>65 años	AVD	% AVD >65 años	%65años/pobtotal	%>80/pobtotal
TOTAL	6.790.852	1.464.815	21,6	16,8	3,8
Andalucía	1.042.972	299.738	28,7	14,2	2,9
Aragón	254.943	107.256	42,1	21,5	5,1
Asturias	229.874	42.406	18,4	21,3	4,9
Balears	124.281	22.235	17,9	14,9	3,6
Canarias	197.072	60.138	30,5	11,6	2,5
Cantabria	100.299	22.590	22,5	18,9	4,6
Castilla y León	549.063	123.964	22,6	22,1	5,6
Castilla-La Mancha	340.535	79.480	23,3	19,7	4,5
Cataluña	1.078.038	230.078	21,3	17,3	4,0
C. Valenciana	674.795	133.514	19,8	16,5	3,5
Extremadura	199.826	47.911	24,0	18,6	4,1
Galicia	549.429	132.361	24,1	20,1	5,0
Madrid	763.657	118.453	15,5	14,8	3,4
Murcia	164.426	47.508	28,9	14,4	2,9
Navarra	98.103	19.049	19,4	18,1	4,5
País Vasco	357.625	65.367	18,3	17,0	3,7
Rioja	51.454	6.685	13,0	19,4	4,6
Ceuta	7.817	2.220	28,4	10,5	1,8
Melilla	6.645	1.760	26,5	10,8	2,0

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES, 99; INE, Padrón Municipal de Habitantes (los datos poblacionales están calculados a mitad de año)

El porcentaje de personas mayores con dependencia severa se sitúa en Galicia en un 72,4%. Según sexo, el 67,7% de los hombres dependientes sufre una situación grave en la falta de su autonomía personal. En las mujeres, el peso se sitúa en un 74,7%. Para Navarra, las cifras no se modifican demasiado. El 79,0% de los mayores de esta comunidad presentan una ausencia grave de autovalimiento. Desagregados los datos por sexo esta situación se da en el 81,2% de los hombres y en el 77,8% de las mujeres (ver tabla 2.15).

Tabla 2.15.- Personas con alguna dependencia severa o total para las AVD según sexo y Comunidad Autónoma

	Galicia			Navarra		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
> 65 años con dependencia	39.913	92.448	132.631	6.945	12.104	19.049
> 65 años con dependencia severa o total	27.011	69.068	96.080	5.636	9.418	15.054
Porcentaje	67,7	74,7	72,4	81,2	77,8	79,0

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES, 99

2.2.3.- El incumplimiento y la insatisfacción de la Administración Pública: a quien cuida y a cuántos.

La cobertura asistencial que se ofrece desde la administración para estas personas dependientes pasa por diversas fórmulas desde la institucionalización en residencias y asilos a la hospitalización en casa por medio del servicio de ayuda a domicilio. Tanto los expertos en gerontología como las políticas de la UE mantienen la filosofía de ampliar los mecanismos que permitan a las personas ancianas desarrollarse en su entorno (INSERSO, 1993; IMSERSO, 2005a) por lo que a partir de los años noventa se empieza a promover la atención a domicilio planteándose así la necesidad de potenciar los servicios comunitarios frente a los que requieren un régimen de internamiento. La rúbrica “envejecer en casa” comienza a ser el slogan de esta concepción de los servicios sociales tan alejada de la forjada en los años 80, momento álgido en la construcción de enormes centros residenciales. Destinados, en la mayor parte de las ocasiones, a personas mayores sin familia o con escasos problemas de autonomía pero con dificultades socioeconómicas, la institucionalización, se correspondía a un internamiento sin asistencia (GAUR, 1975)²⁰.

La primera intención de implantación de servicios comunitarios en nuestro país surge a partir del Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982), cuyas nociones fueron retomadas por el Plan Gerontológico (INSERSO, 1993) y por la mayor parte de los planes de actuación hacia las personas mayores realizados por las Comunidades Autónomas. Se destaca que el objetivo principal debe

²⁰ Herencia de esta concepción es la presencia en la actualidad de un desequilibrio en los centros gerontológicos entre plazas para personas “válidas” y “asistidas”. Ello dificulta la adaptación de las residencias al nuevo concepto de servicios sociales. Según SANCHO, T. et al. (2007), únicamente el 68,3% de las plazas residenciales públicas en España están adaptadas para personas dependientes.

ser el mantenimiento de la persona mayor en su entorno, cumpliendo, los servicios sociales, una faceta de apoyo a la familia y de autonomía del mayor. En el caso del territorio gallego, el “Plan Galego de Persoas Maiores 2001-2006” (Xunta de Galicia, 2001:5) expresa claramente que: “O obxectivo xeral do Plan é posibilitar que os maiores leven unha vida independente no seu contorno natural, desempeñando un papel activo na súa comunidade, e afrontar axeitadamente o fenómeno da dependencia, garantindo a calidade de tódolos programas e servicios, públicos e privados, do sistema de servicios sociais dirixidos ós maiores”.

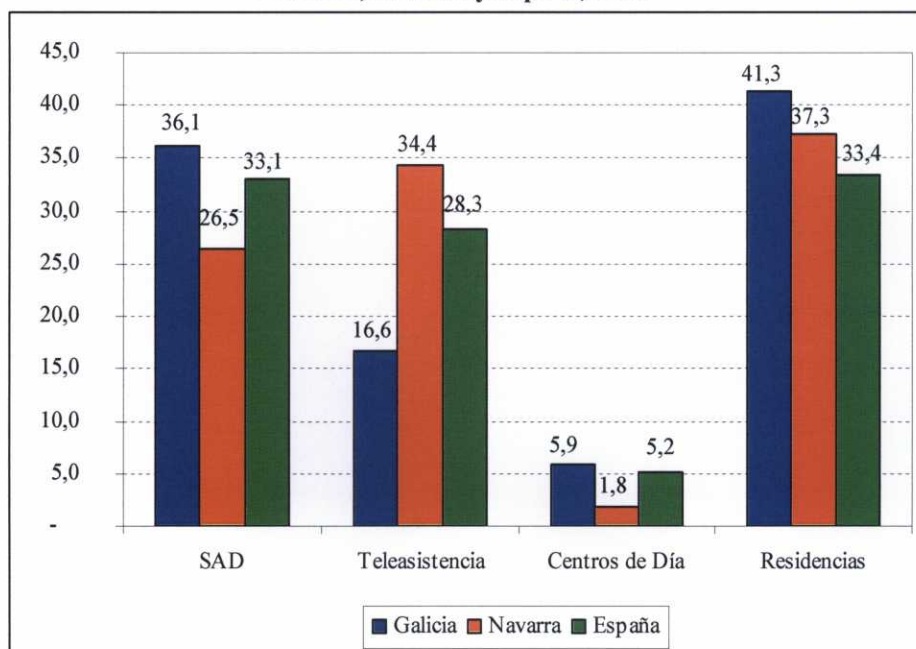
El servicio de ayuda a domicilio (SAD) y la teleasistencia son los recursos que permiten en mayor medida esa permanencia en el hogar, los centros de día y las viviendas tuteladas pueden considerarse como vías intermedias, quedando las residencias como el único recurso de institucionalización. A continuación se ofrecen los datos de cada uno de estos servicios para el total nacional y las comunidades de Galicia y Navarra. La finalidad es analizar la cobertura de los recursos públicos de asistencia a personas mayores y la situación que ocupan estos territorios con respecto al panorama nacional.

Veamos en cifras cual es la situación actual de desarrollo de los servicios de atención en estos tres espacios. El peso de cada uno de estos servicios (calculado sobre el total de beneficiarios) revela que la materialización práctica de este proceso de primacía de la atención domiciliaria todavía no se ha llevado a cabo de forma efectiva puesto que las plazas residenciales cubren a un número mayor de usuarios que el SAD o la Teleasistencia. En Galicia, la potencia del SAD, que llega a un 40% de los beneficiarios de los servicios públicos gerontológicos, convive con un porcentaje importante de personas institucionalizadas en residencias (43%). Es decir, ambos recursos tienen prácticamente la misma intensidad sobre el total de beneficiarios. En Navarra, sin embargo, a pesar de tener uno de los Servicios de Ayuda a Domicilio de mayor cobertura en todo el Estado (como se verá a continuación), los datos indican que tan sólo un cuarto (25,5%) de las personas mayores dependientes que tienen asistencia pública cuentan con este servicio. Existe un notable uso de las residencias, utilizando este servicio el 38,2% de los usuarios.

Con respecto a la Teleasistencia, la diferencia entre Navarra y Galicia es más acuciante. Mientras que en el ámbito gallego este servicio público cubre al 13,6% de los

destinatarios que cuentan con un apoyo asistencial público, en el caso navarro, esta cifra asciende a un 33,6%. Los Centros de Día han tenido una escasa implantación en ambos territorios. De las cifras nacionales también destaca el desarrollo de los centros gerontológicos por encima de los servicios de atención en el hogar. Los centros residenciales siguen, por tanto, manteniendo la primacía como recurso.

Gráfico 2.11.- Comparación del peso de algunos servicios sociales en Galicia, Navarra y España, 2005²¹



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SANCHO, T. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO

Pero, ¿cuál es la cobertura que tiene cada uno de estos servicios? Las cifras referentes a plazas para personas asistidas y a la cobertura del servicio de ayuda a domicilio a nivel nacional demuestran la escasez del sistema sanitario y de los servicios sociales en el momento de atender a los más mayores. La administración pública presta atención al 12,3% de la población mayor en el año 2005. Si tenemos en cuenta únicamente a las personas que tienen algún grado de dependencia (aquellas que reciben asistencia personal para el desarrollo de sus actos diarios) la cobertura institucional cubriría las necesidades del 63,0% del colectivo. Es decir, algo más de la mitad de las personas mayores con dependencia cuentan con algún tipo de recurso público para su asistencia. En la mayoría de los casos se trata de una atención combinada con la asistencia efectuada por los miembros del hogar.

²¹ Todos los datos de este apartado referentes a servicios sociales son a fecha 31/12/2005.

Tabla 2.16.- Usuarios y cobertura de algunos recursos asistenciales, 2005

Recursos asistenciales	Usuarios y cobertura		Cobertura deseable marcada por la Administración
	Usuarios		
Servicio de Ayuda a Domicilio	Usuarios	305.366	Plan Gerontológico (Escenario 2000)
	Cobertura*	4,1	Cobertura: 8,0
Telasistencia	Usuarios	261.433	Plan Gerontológico (Escenario 2000)
	Cobertura	3,5	Cobertura: 12,0% de los mayores que viven solos
Centros de Día	Usuarios	47.624	Informe Defensor del Pueblo 2000
	Cobertura	0,6	Cobertura: 2% de los mayores que viven solos
Residencias	Plazas	308.021	Plan Gerontológico (Escenario 2000)
	Cobertura	4,1	Cobertura: 4,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SANCHO, T. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid IMSERSO; INSERSO (1993), *Plan Gerontológico*, Madrid, INSERSO; DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid, Defensor del Pueblo.

*La cobertura ha sido calculada dividiendo el número de usuarios por la población mayor de 65 años (7.484.392 personas según el Padrón a 1 de Enero de 2006).

Si desglosamos los datos según el tipo de recurso asistencial (tal y como se muestra en la tabla 2.16) el número de usuarios actuales no alcanza los estándares marcados por el Plan Gerontológico Nacional de 1992 (INSERSO, 1993) para el Escenario 2000. La cobertura del servicio de ayuda a domicilio es tan sólo de 4,1 plazas por cada mayor de 65 años cuando se establece una cobertura deseable de un 8,0. Las plazas residenciales llegan al 4,1% de esta población cuando se había marcado una cobertura para el año 2000 de un 4,5%. Los Centros de Día tienen todavía un escaso desarrollo cubriendo al 0,6% del colectivo. Las cifras también indican que todavía sigue teniendo más amplitud la institucionalización (tanto total en el caso de las Residencias como parcial en el caso de los Centros de Día) que los servicios de asistencia en el hogar (Servicio de Ayuda a Domicilio).

Analizando estos aspectos en las dos Comunidades Autónomas objeto de estudio, puede apreciarse que las diferencias regionales de estos sistemas de asistencia son muy relevantes. La descentralización de las competencias en materia de servicios sociales ha generado un mapa territorial desequilibrado que provoca que “vivir la vejez” con una dependencia tenga diferentes implicaciones sociales según el lugar de residencia. Las comunidades de Galicia y Navarra son claros ejemplos de la polarización existente. **Mientras la Comunidad Foral gestiona el nivel de servicio público más**

desarrollado de todo el ámbito estatal, el régimen de bienestar galaico marca exactamente la posición contraria. En Galicia tan sólo un 6,5% de los mayores cuentan con un recurso institucional público para afrontar su dependencia. Esta cifra asciende a un 15,1% en el caso de Navarra (cobertura superior a la de la media nacional, 12,3%) (ver tabla 2.17). Las cifras de cobertura con respecto a la población mayor dependiente perfilan con mayor precisión las insuficiencias de los servicios sociales gallegos, en donde, tan sólo uno de cada tres ancianos (29,1%) con ausencia de autonomía reciben algún tipo de prestación social. En Navarra este dato alcanza el 81,2%, superando con amplitud el promedio estatal de un 63,0% (ver tabla 2.18).

Tabla 2.17.- Cobertura de los servicios sociales con respecto a la población mayor de 65 años en Galicia, Navarra y España, 2005

	GALICIA		NAVARRA		ESPAÑA	
	Usuarios	Cobertura	Usuarios	Cobertura	Usuarios	Cobertura
SAD	13.932	2,3	3.776	3,9	305.366	4,1
Teleasistencia	6.413	1,1	5.473	5,2	261.433	3,5
Centros Día	2.279	0,4	288	0,3	47.624	0,6
Residencias	15.928	2,7	5.942	5,7	308.021	4,1
TOTAL	38.552	6,5	15.914	15,1	922.879	12,3
Pob.>65 años (1/1/2006)	594.496		104.987		7.484.392	

Fuente: Elaboración propia a partir de SANCHO, T. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO.

Tabla 2.18.- Cobertura de servicios sociales en relación a la población mayor dependiente para las AVD en Galicia, Navarra y España, 2005

	GALICIA		NAVARRA		ESPAÑA	
	Usuarios	Cobertura	Usuarios	Cobertura	Usuarios	Cobertura
SAD	13.932	10,5	3.776	19,8	305.366	20,8
Teleasistencia	6.413	4,8	5.473	28,7	261.433	17,8
Centros Día	2.279	1,7	288	1,5	47.624	3,3
Residencias	15.928	12,0	5.942	31,2	308.021	21,0
TOTAL	38.552	29,1	15.914	81,2	922.879	63,0
Pob.>65 años dependiente	132.361		19.049		1.464.815	

Fuente: Elaboración propia a partir de la población dependiente calculada en la EDDDES, 99 y usuarios de servicios sociales presente en SANCHO, T. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO.

*Los datos de servicios sociales son de 2005 y los de población dependiente de 1999.

Observando la relación entre la cobertura real de los servicios sociales y la implantación deseable de cada uno de ellos marcada por los planes gerontológicos nacionales y autonómicos se trasluce una vez más la insuficiencia de los recursos públicos, principalmente aquellos destinados al mantenimiento de los mayores en sus domicilios.

También pueden apreciarse importantes divergencias en los planes gerontológicos regionales en cuanto a los objetivos de cobertura que deben cumplir cada uno de los servicios sociales, siendo en Galicia menos ambiciosos. Únicamente para el caso de Navarra se aprecia un acercamiento a los estándares fijados por el gobierno regional y estatal.

Así, partiendo de la desagregación reflejada en la tabla 2.19, el Servicio de Ayuda a Domicilio, recurso que mejor favorece la integración del anciano en su entorno, aparece en Navarra con una cobertura de un 3,9%, en Galicia ésta es de un 2,3% situándose la media nacional en un 4,1%. Todos los datos señalan la escasez de este servicio teniendo en cuenta la recomendación del Plan Gerontológico Nacional de 1992 de alcanzar un desarrollo de un 8,0%. La situación del programa de Teleasistencia es algo parecida aunque en este caso sí ha existido un fuerte interés por su implantación al menos en Navarra donde cubre al 5,2% de los mayores, superando las determinaciones del Plan Gerontológico de Navarra que había limitado en un 3,0% su cobertura para el año 2000. El servicio intermedio de institucionalización de los Centros de Día todavía no ha alcanzado importantes cotas de instauración en nuestro país. El ratio de Galicia es de 0,4 internamientos por cada 100 mayores siendo dicha relación para Navarra de un 0,3.

El punto fuerte de los servicios sociales continúa vinculado a los centros residenciales. Este recurso contiene el mayor número de usuarios mayores. En Galicia un 2,1% de los mismos se encuentra en una residencia gerontológica y en Navarra esta situación aparece en el 5,3% de los casos. La media nacional de cobertura es de un 4,1%, siendo las residencias el recurso que más se acerca a las expectativas fijadas por el Plan Gerontológico en donde se determinaba para el año 2000 la cifra de un 4,5% de cobertura deseable.

Para medir la **desviación entre el objetivo deseable y la realidad contable** se ha elaborado un índice que refleja la distancia de la cobertura real con respecto a la ideal. Las cifras de este “**indicador de incumplimiento**” (ver tabla 2.19) permiten afirmar que:

- a) Galicia incumple en mayor medida que Navarra la extensión de cada uno de los recursos sociales analizados. En Galicia sería necesario ampliar el número de

beneficiarios del SAD en un 71,3% frente al 50% de Navarra. La Comunidad gallega debería además extender los usuarios de la Teleasistencia en un 63,3% y los de las Residencias en un 40,0%. En estos dos últimos recursos la comunidad foral cumple con la cobertura establecida por el Plan Gerontológico Nacional.

- b) Tanto en Galicia como en Navarra el incumplimiento de los objetivos es más elevado en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio que en el de las Residencias, indicando que la apuesta de la protección social en ambas regiones está vinculada a la institucionalización de los mayores más que a su asistencia personal en el domicilio.

Tabla 2.19.- Nivel de cobertura real y nivel de cobertura deseable marcado por la legislación para algunos servicios sociales.

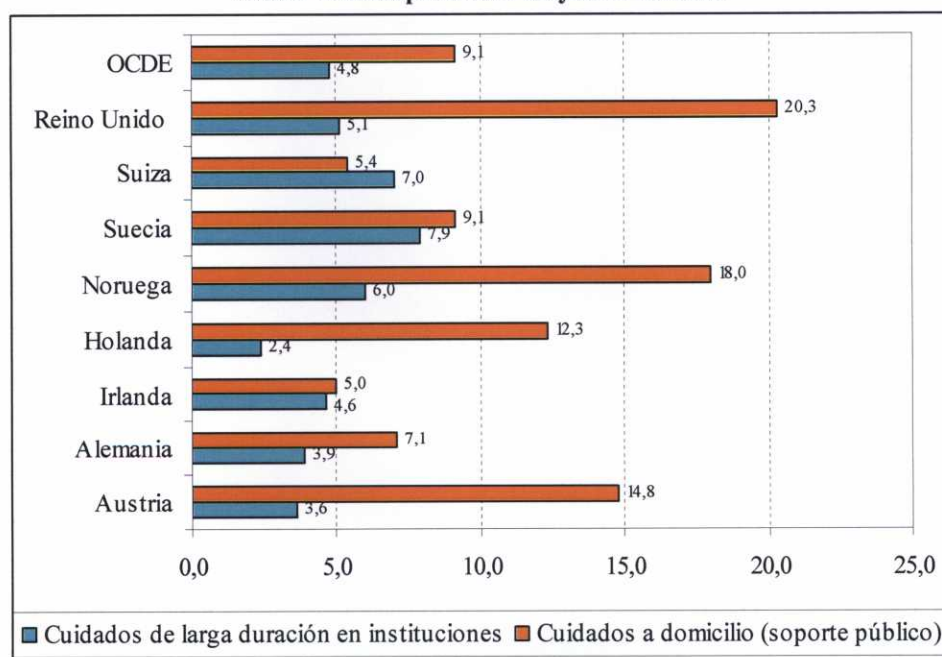
	Cobertura (Usuarios/>65 años)	Nivel de cobertura deseable marcado por la legislación	Indicador de incumplimiento*
SAD			(Con respecto al Plan Gerontológico Nacional)
Galicia	2,3	Plan Gerontológico (Escenario 2000) Cobertura 8,0%	71,3%
Navarra	3,9	Plan Gerontológico de Navarra (Escenario 2000) Cobertura: 5,0%	50,0%
España	4,1	Plan Galego de Persoas Maiores 2001- 2006 (Escenario 2004) Cobertura: 2,4%	51,3%
TELEASISTENCIA			(Con respecto al Plan Gerontológico de Navarra)
Galicia	1,1	Plan Gerontológico (Escenario 2000) Cobertura: 12,0% de los mayores que viven solos	63,3%
Navarra	5,2	Plan Gerontológico de Navarra (Escenario 2000) Cobertura: 3,0%	Cumple y supera el estándar fijado
España	3,5	Plan Galego de Persoas Maiores 2001- 2006 (Escenario 2004) Cobertura: 3,9% de los mayores que viven solos	Cumple y supera el estándar fijado
CENTROS DE DÍA			(Con respecto al Plan Galego)
Galicia	0,4	Plan Galego de Persoas Maiores 2001- 2006	Cumple y supera el estándar fijado
Navarra	0,3	(Escenario 2004) Cobertura: 0,2%	Cumple y supera el estándar fijado
España	0,6	Informe Defensor del Pueblo 2006 Cobertura: 2% de los >80 años	Cumple y supera el estándar fijado
RESIDENCIAS			(Con respecto al Plan Gerontológico Nacional)
Galicia	2,7	Plan Gerontológico (Escenario 2000) Cobertura: 4,5%	40,0%
Navarra	5,7	Plan Gerontológico de Navarra (Escenario 2000) Cobertura: 5,0%	Cumple y supera el estándar fijado
España	4,1	Plan Galego de Persoas Maiores 2001- 2006 (Escenario 2004) Cobertura: 1,2%	8,9%

Fuente: Elaboración propia. INSERSO (1993), *Plan Gerontológico*; XUNTA DE GALICIA (2001), *Plan Galego de Persoas Maiores, 2001-2006*; GOBIERNO DE NAVARRA (1997), *Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000*; SANCHO, T. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

* El indicador de incumplimiento se ha elaborado dividiendo la cobertura real de cada servicio entre la cobertura deseable. Debido a las divergencias existentes en el nivel de cobertura a alcanzar de los diversos planes gerontológicos regionales se han utilizado como estándar los objetivos del "Plan Gerontológico Nacional" en el indicador elaborado para el Servicio de Ayuda a Domicilio y para las Residencias. Sin embargo, en la Teleasistencia se han utilizado los objetivos del "Plan Gerontológico de Navarra" y en los Centros de Día los marcados por el "Plan Galego de Persoas Maiores" por su facilidad para realizar el cálculo.

Y es que **destaca la escasa implantación de programas relacionados con la atención a domicilio**. Incluso en las entidades territoriales con unos niveles de protección social más desarrollados como es el caso de Navarra, esta deficiencia sale a la luz en el momento en el que se compara la cobertura del servicio de ayuda a domicilio con respecto a las plazas de centros gerontológicos. Esta situación es todavía más alarmante cuando se tienen en cuenta las cifras de otros países del entorno europeo. En el gráfico 2.12 aparecen representados los porcentajes de los cuidados de larga duración en instituciones y los llevados a cabo en el hogar en algunos de estos países. La cobertura media en la hospitalización a domicilio es para el conjunto de la OCDE de un 9,1%. Recordemos que la cifra española es de un 4,1%. Aunque son pocas las naciones que sobrepasan esta media (Reino Unido, Noruega, Suecia, Holanda y Austria), España contiene la cobertura de atención a domicilio más baja y es el único país junto con Suiza e Irlanda en el que los servicios institucionales (las residencias) superan como recurso asistencial a la atención en el hogar.

Gráfico 2.12.- Personas mayores de 65 años que reciben cuidados de larga duración en instituciones o en cuidado a domicilio (soporte público)
Como % de la población mayor de 65 años.



Fuente: HUBER, M. (2005), *Data on long-term care: services, eligibility and recipients*, París, OCDE.
Nota: Los datos son del año 2000 para todos los países excepto para Alemania que son del 2003, Reino Unido que son del 2002 y Luxemburgo que son del 2001.

2.2.4.- La familia: soporte fundamental de la asistencia

En un contexto de envejecimiento demográfico y de incremento de personas dependientes, la insuficiencia de los servicios sociales y de las prestaciones monetarias destinadas a la atención de personas mayores dependientes sobresale no solamente cuando se analizan las cifras de cobertura de cada uno de estos recursos, sino también, en el momento en que se estudia el papel de la familia como institución proveedora de cuidados. Todas las fuentes estadísticas corroboran que la familia constituye en España la principal fuente de provisión de asistencia para las personas mayores (EDDES, 99; IMSERSO, 2004a). Y esta atención se realiza, en la mayoría de los casos en solitario, sin ningún tipo de apoyo externo. Los datos de la última encuesta realizada por el IMSERSO sobre esta materia, “Encuesta de apoyo informal a los mayores en España” (IMSERSO, 2004a), indican que el 83,5% de las familias cuidadoras no recibe ningún tipo de apoyo, ni público ni privado, dirigido a la dispensación de atención a dicho colectivo. Aún en el caso de las familias que cuentan con la ayuda de algún servicio social para afrontar la merma de sus capacidades, éste siempre necesita de una red de apoyo informal que permita el desarrollo adecuado de los programas de rehabilitación y mantenimiento. **La familia se convierte en la institución protagonista en la provisión de cuidado y atención de las personas de edad. En unos casos es la única en prestar asistencia y en aquellos en los que existe un apoyo de los poderes públicos, éstos tienen un papel complementario. El respaldo familiar es el colchón que amortigua las incontingencias de nuestros mayores.**

La carga asistencial recae sobre las familias y aunque esta institución es considerada por la sociedad civil como la opción más deseable para efectuar el cuidado en el caso de experimentar una dependencia, en los últimos años las encuestas ya comienzan a recoger otras alternativas de provisión. Así, según el Barómetro de Noviembre de 2004 realizado por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) el 40,4% de la población española afirma que las Administraciones Públicas deberían ser las principales responsables de la atención aunque la familia también participe en el cuidado²². La opinión pública desea además el desarrollo de los servicios de ayuda a domicilio. Según

²² La Constitución reconoce el papel fundamental que deben cumplir las familias en la asistencia de los mayores, a pesar, de que también tienen que desarrollarse una red de servicios sociales que permitan el adecuado cuidado de este colectivo (artículo 50 de la Constitución española).

la encuesta mencionada realizada por el IMSERSO (IMSERSO, 2004a) el 39,1% de las personas entrevistadas (todas ellas cuidadoras de mayores) declaran que la principal medida que deben tomar los poderes públicos para el cuidado es la potenciación de la atención en el hogar. El siguiente recurso en importancia que debería desarrollarse sería el apoyo económico en forma de salario mensual al cuidador (31,9%). Destaca que estos porcentajes han variado considerablemente con respecto a diez años atrás según los resultados del estudio realizado en 1994, cuando el 61,7% de los cuidadores deseaban una prestación monetaria y tan sólo el 14,0% daba prioridad al impulso de los servicios de ayuda a domicilio (Campo, 2000). Y es que actualmente más de la mitad de las personas cuidadoras, concretamente el 56,5%, prefieren que cuando sean mayores y necesiten asistencia sea un miembro familiar (preferentemente una hija o el cónyuge) quien preste los cuidados necesitados. La fórmula de atención en el domicilio es por tanto la más deseada en caso de perder la autonomía funcional y también, según lo expuesto, la menos desarrollada de todos los servicios sociales destinados a personas mayores.

Actualmente el conflicto de las familias con este sistema de servicios surge desde el momento en que se producen transformaciones familiares que han modificado el “trabajo del cuidado” dentro del hogar. El progresivo envejecimiento de la población, la incorporación de la mujer al mercado laboral y el paso de las familias extensas a las nucleares han generado la confluencia de nuevas expectativas y roles en el interior del hogar, ahora incompatibles con los desempeñados antaño. Los problemas que surgen pueden resumirse en dos:

- 1) La existencia de una red familiar no está complementada con el desarrollo de una red de servicios sociales que permitan mantener al anciano/a en su domicilio y, al mismo tiempo, sirvan de pauta para dirigir las atenciones familiares.
- 2) Otro problema añadido es que cuando se habla de institución familiar como proveedora de cuidados únicamente es una persona la que lleva el peso de la atención. La mujer es la responsable principal de la asistencia. La incorporación femenina al mercado laboral genera conflictos con respecto a las tareas que tradicionalmente tenía asignadas en su hogar. El nuevo colectivo femenino no puede seguir desempeñando los mismos trabajos domésticos y de cuidado que tenían asignadas sus anteriores generaciones.

Más de la mitad de los cuidadores residen en el hogar del mayor, situación que señala la capacidad de los vínculos de parentesco en el mantenimiento de la asistencia. De hecho, en comparación con otros países europeos España posee el porcentaje más bajo de ancianos que viven de manera individual. Con un peso de un 19,7% se sitúa como el antepenúltimo país en independencia domiciliaria de este colectivo (por detrás estaría Japón con un 9,7% y México con un 13,8%), peso que dista del 40% encontrado en Suecia y Finlandia (Huber, 2005).

Tabla 2.20.- Residencia de las personas que prestan cuidados personales a mayores de 65 años

Residencia de las personas que prestan cuidados personales	Números absolutos	Frecuencia
Residen en el hogar y son miembros del mismo	686.528	56,1
En el hogar y son personas empleadas	10.678	0,9
Fuera del hogar	525.921	43,0
Total	1.223.127	100,0

Fuente: Elaboración propia. Explotación microdatos de INE, EDDDES 1999

La familia realiza un uso diferente de los cuidadores, distinguiéndose con claridad una división del trabajo de cuidados según sexos. La tabla 2.21 permite comparar la distribución de los cuidados en el sector informal. Para ello se ha desagregado la relación de parentesco del cuidador principal con respecto a la persona dependiente teniendo en cuenta el sexo de ambas figuras. Los datos indican que la mayoría de los cuidados son dispensados por las mujeres siendo la hija la figura principal de provisión de asistencia dentro de la familia. Ésta atiende al 31,6% de los mayores. Su papel protagonista en el sector informal de cuidados únicamente se ve sustituido en el caso de que sea un hombre el receptor de atención. En este caso, la asistencia principal es desempeñada por la esposa (43,0%). Si es una mujer la persona que necesita cuidados, entonces, la cuidadora principal es inevitablemente la hija.

Existe un rol jerarquizado entre las cuidadoras femeninas. La primera en dispensar atención es la esposa, en caso de su ausencia, el relevo es tomado por la hija. Los datos señalan la escasa atribución de responsabilidades a los miembros masculinos del hogar. La proporción de hijos cuidadores no alcanza el 6% y el de los hermanos es insignificante. Es más, por delante del rol de cuidador de los hijos varones se sitúa el papel de empleados y se equipara la función masculina del cuidado a la desempeñada por los servicios sociales.

Tabla 2.21.- Personas mayores de 65 años con alguna discapacidad que recibe asistencia personal según relación con el cuidador principal

	Total receptores cuidado		Hombres receptores cuidado		Mujeres receptoras cuidado	
	n	%	n	%	n	%
Cónyuge	244.440	22,0	138.626	43,0	105.814	13,4
Madre	322	0,0	322	0,1		0,0
Padre				0,0		0,0
Hija	351.785	31,6	65.592	20,3	286.192	36,2
Hijo	62.748	5,6	13.803	4,3	48.946	6,2
Hermana	25.870	2,3	6.365	2,0	19.505	2,5
Hermano	3.319	0,3	611	0,2	2.708	0,3
Otro pariente	157.449	14,1	29.529	9,2	127.920	16,2
Empleado, amigo o vecino	116.442	10,5	21.033	6,5	95.407	12,1
Servicios sociales	34.601	3,1	6.578	2,0	28.023	3,5
Otra relación	13.356	1,2	2.621	0,8	10.736	1,4
No consta	103.165	9,3	37.391	11,6	65.774	8,3
TOTAL	1.113.497	100,0	322.471	100,0	791.025	100,0

Fuente: Elaboración propia. Explotación microdatos de INE, EDDES 1999

La carga asistencial para las personas cuidadoras sale a la luz observando la **intensidad** y la **frecuencia** de la asistencia. En el 84,6% de los casos el cuidado se realiza diariamente con una media de 11 horas (el 41,4% dedica a la atención más de ocho horas diarias). El tiempo medio que lleva prestando los cuidados asciende a más de seis años. Los costos sobre el tiempo de ocio, los aspectos profesionales y la salud son notables. En el 63,4% de las mujeres cuidadoras, la provisión de cuidados ha tenido incidencias sobre sus aspectos profesionales y económicos (desde reducir su jornada laboral a no poder trabajar fuera del hogar).

Tanto la EDDES 99 como el IMSERSO (2004a) identifican que la ayuda informal es desempeñada principalmente por mujeres de más de 50 años, casadas, con estudios primarios y cuya ocupación principal es la realización de las actividades del hogar (IMSERSO, 2005b). Si tenemos en cuenta que el perfil de estas cuidadoras es de ama de casa y, por lo tanto, con una actividad dentro del mercado laboral formal limitada, tendremos que preguntarnos si las nuevas generaciones femeninas están dispuestas a seguir con ese rol de prestación de cuidados. La inserción laboral de las generaciones

actuales de mujeres se está produciendo de manera más efectiva y, por lo tanto, es seguro que su dedicación a los mayores será menor.

En definitiva, el sistema de cuidados español se basa en el trabajo no remunerado de mujeres que no han podido insertarse laboralmente y en la provisión pública de ayudas a aquella población con menos recursos. El Estado de Bienestar español es, por tanto, asistencial y familístico y se encuadra dentro del denominado como régimen mediterráneo o latino (ver capítulo 1)²³.

2.2.5.- Conclusiones

El papel del Estado y de la familia son elementos que inciden en la privatización de los cuidados. La realidad de los servicios sociales en España se caracteriza por un acusado desequilibrio territorial. Las comunidades de Navarra y Galicia son un ejemplo de la polarización existente en el ámbito de prestaciones sociales. Navarra es una de las regiones con mejores niveles de apoyo público para la asistencia de personas mayores superando la media nacional en la cobertura de sus programas sociales (15,3%). Galicia, sin embargo, aparece como un territorio de escasa implantación de servicios públicos dedicados al cuidado de población dependiente (6,5%).

La familia se erige en este caso como la principal institución en la provisión de cuidados. Su rol en la dispensación de asistencia está protagonizado principalmente por los miembros femeninos del hogar, estableciéndose como figuras predominantes las esposas (en el caso de que el receptor de cuidados sea un hombre) y las hijas (en el caso de que el receptor de cuidados sea una mujer).

No obstante, a pesar de que la insuficiencia de programas de atención dirigidos a la población mayor de 65 años es superior en el entorno gallego que en el de la comunidad foral, en esta última región se ha detectado un sector doméstico de cuidados más consolidado que en el caso de Galicia. Esta circunstancia introduce nuevos elementos en

²³ “La familia (organizada en una red informal cuyo nodo suele residir en la mujer, que ejerce la labor de cuidadora principal) constituye la estructura social fundamental de cuidados personales; una estructura basada en la centralidad del trabajo no remunerado de la mujer, que hasta no hace mucho desempeñaba mayoritariamente el trabajo de ama de casa, pero ahora ha decidido aumentar su presencia en el mercado laboral” (Rodríguez Cabrero, 2005).

el debate público sobre asistencia a personas dependientes y servicios sociales. La insuficiencia de recursos públicos destinados a la atención de personas mayores **no es la clave que modela la creación de un mercado laboral de asistencia externo a la familia** tal y como se explica en la mayor parte de los textos que analizan el sector doméstico de cuidados (IMSERSO, 2005c).

Existen más factores que condicionan la mercantilización del cuidado y que están relacionados con la incorporación de la mujer al trabajo formal (capítulo 3) y con las nuevas tendencias de la política social (capítulo 4). Ambos elementos son tratados en los dos capítulos siguientes.

Capítulo 3.- La incorporación de las mujeres nativas al mercado laboral y la mercantilización del cuidado.

La insuficiencia de recursos públicos destinados a la protección social de las personas mayores y el incremento de personas dependientes ha favorecido la creación de un mercado de trabajo informal dirigido a la asistencia de esta población. La continua recepción de flujos migratorios femeninos desde la década de los noventa provee de mano de obra a este empleo inserto en el tradicional servicio doméstico. No obstante, y a pesar de las debilidades del estado de bienestar español, no puede obviarse en este análisis la repercusión en las familias de la incorporación de las mujeres nativas al mercado laboral. Utilizando como ejemplos las ciudades de A Coruña y Pamplona, este capítulo se adentra en la repercusión del **acceso de la mujer nativa a un trabajo remunerado en la mercantilización del cuidado de personas mayores**. Así mismo, se describen **las causas por las que las familias españolas deciden privatizar estos cuidados a través del servicio doméstico y cuáles son elementos que han incidido en que sean las mujeres extranjeras las que se ocupen de esta actividad**.

3.1.- Lo que el mercado laboral se llevó de las familias¹

Aunque la extranjerización del servicio doméstico comenzó en la década de los años noventa, (Oso, 1998), en los últimos años este fenómeno se ha acentuado. Los datos de afiliación a la Seguridad Social recogidos por el Ministerio de Trabajo (diciembre 2006) indican que el 62,2% de las personas incluidas en el Régimen Especial de Servicio Doméstico son extranjeras, cuando tan solo seis años antes este porcentaje se reducía a la mitad situándose en un 31,8%. La aceleración de este proceso aparece vinculada al rechazo de las mujeres nativas a emplearse en esta actividad y al incremento de la demanda de empleadas de hogar. Ese aumento de necesidad de trabajadoras domésticas está unido al envejecimiento de la población y a la carga de cuidados en las familias con personas dependientes. Es así como al servicio doméstico se ha incorporado el cuidado

¹ Se utiliza el código "P" para identificar las entrevistas realizadas a técnicos de asociaciones en Pamplona y el "C" para hacer referencia a las realizadas en A Coruña; el código "F" recoge las entrevistas realizadas a familias empleadoras y el "E" a las cuidadoras inmigrantes.

de personas mayores derivando en lo que en esta investigación se denomina como sector doméstico de cuidados.

En muchos casos la situación de dependencia en la que se encuentran algunos mayores no transcurre con la presencia de una mujer en el hogar dispuesta a ocuparse de la asistencia personal. La incorporación de la mujer nativa ha seguido una progresión tal que tan sólo en un período de diez años la cifra de población femenina desempleada ha descendido de un 29,7% en 1996 a un 11,1% en 2006². Ello ha supuesto la reducción de familias que cuentan con una mujer cuya única ocupación es el desempeño de tareas reproductivas. Además el aumento de población femenina con una carrera profesional no ha sido correspondido con una igualdad entre sexos en el reparto de las tareas desempeñadas en el interior de los hogares, por lo que es posible pronosticar un alza en la demanda de empleadas de hogar y domésticas cuidadoras.

Según los datos del Consejo Económico y Social (CES, 2003) a pesar de que el número de mujeres ocupadas en la última década se ha ido incrementando, el porcentaje de mujeres con doble jornada laboral no ha descendido, sino que se ha mantenido constante. Si en el año 1993 el 63,3% de las mujeres ocupadas realizan también las labores del hogar, en el año 2003 esa cifra se sitúa en el 61,1%. La mayor parte de la responsabilidad doméstica y del cuidado de personas dependientes recae sobre la mujer ante un estado benefactor ausente en políticas eficaces de protección que se traduzcan en prestaciones y servicios. El incremento de personas que sobrepasan los ochenta años también augura un aumento de mujeres en el sector doméstico de cuidados, debido a la intensidad de asistencia que requieren las situaciones de dependencia severa.

² La reducción de la tasa de paro femenina hasta situarse en un 11,1% en el año 2006 es un indicador de la incorporación al mercado laboral de este colectivo y su permanencia en el mismo, pero esta tasa sigue siendo superior a la media de los países de la Unión Europea. La tasa de paro femenina en la Europa de los 15 tiene una media de un 9,0 según la European Labour Force Survey de 2005.

Tabla 3.1.- Tasas de actividad, empleo y paro de las mujeres nativas³, 1996-2006

	Tasa actividad	Tasa empleo	Tasa paro
1996	31,0	21,8	29,7
2001	33,0	28,0	15,0
2006	37,7	33,5	11,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta de Población Activa. Las cifras están a segundo cuatrimestre de cada uno de los años.

La incorporación laboral femenina es uno de los factores clave que explica la mercantilización de la asistencia. La existencia de una notable disparidad regional, con respecto a la inserción de la mujer nativa al mercado de trabajo, permite corroborar esta incidencia sobre la aparición del sector doméstico de cuidados. Galicia y Navarra, ámbitos en los que se ha realizado el trabajo de campo, son ejemplos geográficos que muestran esta diversidad. A pesar de tener similares proporciones de mujeres nativas activas (sobre el 38-40%), la tasa de paro para el colectivo femenino en Navarra se sitúa en el 5,8% mientras que en Galicia se duplica esta cifra alcanzando un 11,5%.

Tabla 3.2.- Tasas de actividad, empleo y paro de las mujeres nativas en Galicia y Navarra, 2006

	Galicia	Navarra
Tasa de actividad	38,3	39,4
Tasa de empleo	33,9	37,1
Tasa de paro	11,5	5,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta de Población Activa. Las cifras están a segundo cuatrimestre.

En ambas comunidades estas cifras de desempleo coinciden con un diferente nivel de extranjerización del mercado laboral del servicio doméstico. Siguiendo los datos del Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales, en Galicia en el año 2006, el 18,9% de las personas afiliadas en Alta Laboral al Régimen Especial de Empleados de Hogar son extranjeros. Esta cifra se eleva a un 63,6% en el caso de Navarra. **La distancia entre ambas cifras es notable y está relacionada con el nivel de inserción de la mujer autóctona al mercado laboral en ambas regiones.**

³ Tasa actividad= Activos/Pob.mitad añox100
Tasa empleo= Ocupados/Pob.mitad añox100
Tasa paro= Parados/Activosx100

Tabla 3.3.- Evolución del porcentaje de población extranjera afiliada al Régimen Especial de Empleados de Hogar (datos a 31 de diciembre).

	Galicia	Navarra
2001	6,5	31,7
2002	9,3	52,6
2003	9,0	39,8
2004	11,2	45,8
2005	20,5	71,8
2006 ⁴	18,9	63,6

Fuente: Elaboración propia a partir de MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales.

El hueco que ha dejado la mujer en el hogar está siendo cubierto en la actualidad por personas contratadas ajenas al núcleo familiar, sobre todo, para la prestación de asistencia a personas mayores. Las entrevistas realizadas a responsables de organizaciones no gubernamentales que tienen bolsas de trabajo para personas extranjeras dentro del servicio doméstico, aseguran que cerca del 90% de las ofertas laborales que reciben dentro de este sector están dirigidas al desempeño de tareas de cuidados destinados a personas mayores⁵.

“Hoy por hoy, las mujeres españolas no quieren trabajar en el servicio doméstico. Es que no hay. Ya casi no hay extranjeras, ¿cómo va a haber españolas? Para el servicio doméstico en los últimos años el 90% de las ofertas de trabajo son para cuidar a un abuelo” (P3, Coordinadora Cáritas)

“Pues es difícil calcularlo pero sobre un 80-90% de las ofertas de trabajo que recibimos son para hacer cuidados de gente mayor. De niños casi nada, sobre todo, ancianos” (C6, Responsable Congregación María Inmaculada).

Además, hay que tener en cuenta que Navarra es una de las regiones españolas que más ha potenciado el desarrollo de los servicios sociales destinados a personas mayores. Así, en la Comunidad Foral el Servicio de Ayuda a Domicilio cubre al 3,9% de los mayores de 65 años, mientras que en Galicia esta cifra desciende a un 2,3% (Sancho et al, 2007). **Es decir, a pesar de que la protección social a la dependencia tiene una mayor cobertura en Navarra en esta región se produce también una mayor**

⁴ La cifra de población extranjera afiliada al Régimen Especial de Empleadas de Hogar desciende en el 2006 con respecto a 2005 debido a que en el año posterior a la regularización quizá algunas de esas personas hayan utilizado su situación legal para cambiar de régimen o bien se haya terminado su contrato laboral y hayan caído de nuevo en la irregularidad.

⁵ El grado de extranjerización del servicio doméstico no indica por sí mismo que en Galicia exista una mayor demanda de domésticas cuidadoras que en Navarra, pues es posible, que sean mujeres nativas más que extranjeras las que se dediquen a este sector. Sin embargo, el trabajo de campo cualitativo, tal y como se explica en las páginas siguientes, corrobora que el sector doméstico de cuidados es una cuestión de extranjería principalmente en la modalidad de interna y demuestra que es la incorporación de la mujer nativa al mercado laboral la que incide en la estrategia de contratar a una cuidadora.

extranjerización del servicio doméstico. La menor tasa de paro femenina en esta comunidad sería uno de los elementos que explican esta situación.

El análisis cualitativo de las entrevistas efectuadas a familias empleadoras confirma la importancia de este factor en la contratación de una cuidadora. Las propias familias que emplean a las inmigrantes para el cuidado de sus mayores recalcan que el principal elemento que ha inducido a su contratación ha sido la **imposibilidad de que la mujer (madre o hija) pudiese efectuar ese trabajo**. Ésa ausencia femenina está motivada bien por su inserción en el mercado de laboral, bien por la necesidad de su presencia con sus familiares directos o bien por ambos aspectos. Lejos de aducir cuestiones relacionadas con la política social y la ausencia de una red de servicios sociales las razones más señaladas para la contratación de una cuidadora extranjera reflejan la **“interiorización de una obligación”**, a saber: cuidar de sus mayores. Los motivos inmediatos son el **agravamiento de la dependencia** y la **imposibilidad de hacer frente al cuidado por motivos laborales**. En ningún caso se ha explicitado el desigual reparto del trabajo de cuidados en el seno familiar según sexos. No ha aparecido ninguna exigencia de estas empleadoras hacia los maridos, hermanos o parientes varones ni tampoco hacia la administración pública. Asumen que es un trabajo de mujeres y que cuando ellas no pueden realizarlo la fórmula preferida es la de contratación de una empleada doméstica⁶.

Aunque prácticamente todas las familias entrevistadas identificaron como causa detonante de la contratación la **aparición de un problema de salud** que aumenta la dependencia de la persona de edad (una embolia, una caída...), esta situación suele ir pareja a otros factores asociados. La iniciativa de contratar a una cuidadora extranjera responde a una estrategia familiar en la que pesa principalmente la **situación de convivencia del mayor** y la **inserción laboral de la mujer española** sobre la que tendría que recaer este trabajo. En este sentido son cuestiones relevantes el lugar de residencia y los miembros que viven en el hogar del anciano. Si el mayor vive solo porque no tiene parientes o porque reside en un lugar alejado de su familia (por ejemplo, en el pueblo), el recurso más demandado es una cuidadora en régimen de **“interna”**.

⁶ Judith Rollins (1990) encontró esta misma pauta en 20 entrevistas realizadas a empleadoras de personal doméstico en sus hogares. Ninguna de sus entrevistadas había reclamado a sus esposos una contribución en la realización de las tareas domésticas. El conflicto sobre este desigual reparto de tareas entre sexos surge cuando la mujer trabaja fuera del hogar y no es posible contratar a una doméstica.

También existe la posibilidad de que los hijos o en su caso los cuidadores principales no se pongan de acuerdo en la residencia en la que debe vivir el anciano o que el propio mayor no quiera abandonar su hogar “de siempre”. Cuando el mayor vive dentro de una unidad familiar (con algún hijo u otro pariente) la razón para emplear a una cuidadora está relacionada con la inserción de la mujer sobre la que recae el peso del hogar en el mercado laboral. La dificultad de la conciliación de la vida laboral y familiar se soluciona mediante la privatización del cuidado. En este caso, el régimen de contratación es en la mayoría de las ocasiones “**por horas**”.

“Por qué? Porque las dos hermanas que estábamos aquí en Pamplona estábamos trabajando y entonces no disponíamos de tiempo suficiente para cuidar a nuestro padre que no se podía quedar solo. Estaba totalmente ya que se le iba un poco la cabeza. Aunque se manejaba él pero... sólo no podía estar. Entonces era para cubrir las horas que nosotras no podíamos estar y bueno...” (F5, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004)

“Pues en el momento en que mi padre se quedó solo. Vivía con mi madre, falleció, entonces se fue una hermana suya que estaba también viuda y decidieron los dos que se iban a vivir juntos. Entonces estuvieron viviendo juntos durante cinco años. Mi padre cuando se quedó viudo vivía en un piso y mi tía en otro. Entonces era normal, no? Entonces decidieron que se iban a poner a vivir juntos. Hasta que a mi tía... fue una cosa muy rápida... y murió. Entonces se decidió en el momento que mi padre tenía muy claro que él no se quería mover de su casa. No se quería mover de su casa” (F7, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004)

“Bueno, pues porque mi madre estaba muy bien y ella sola en el pueblo, y la encontramos muy mal. Una mañana que no la veía ni la encontraba y bueno, [...] decidimos que al vivir sola tenía que haber alguien con ella. Resulta que le había dado una trombo y se encontraba ya muy mal, en un estado muy crítico. ¿Cómo decidimos? Pues ninguno vivíamos en el pueblo. Todos estábamos fuera, todos trabajando, todos con hijos” (F4, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004)

Junto con el vacío que las mujeres nativas han dejado en sus hogares por su incorporación laboral y la desequilibrada distribución de tareas entre los sexos, se impone también una **explicación demográfica** que contribuye a pronosticar un auge en el sector asistencial doméstico. Algunas autoras como T. Sancho y P. Rodríguez (2001) han observado un déficit en el grupo de mujeres que constituyen el potencial de futuras cuidadoras. La OCDE ha creado el denominado como “indicador potencial del cuidador femenino” calculado a partir de la división entre el número de mujeres entre 45 y 69 años (grupo de edad en el que se sitúan la mayor parte de cuidadoras) y el colectivo de personas que superan los 70 años. De ese cociente se deduce el número de mujeres cuidadoras por cada persona mayor de 70 años (edad a partir de la cual surgen más

dependencias). Pues bien, el resultado para España es de 1,3 cuidadoras por cada mayor de 70 años, mientras que en 1991 esa cifra se situaba en un 1,5.

La disminución de generaciones femeninas dispuestas a dedicarse al cuidado no está relacionada únicamente con las nuevas tendencias sociales de este colectivo, sino que también está motivada por la dificultad de propiciarse su relevo generacional. Las cohortes de mujeres ya clasificadas como “generación pivot” (aquellas que han nacido entre 1937 y 1961) porque han priorizado “la responsabilidad como cuidadoras que les ha sido socialmente atribuida por encima de sus opciones laborales y personales” (Sancho y Rodríguez, 2001) empiezan a escasear en el futuro⁷. La caída de la natalidad también provoca que en el futuro las generaciones femeninas de mediana edad tengan menos efectivos que aquellas cohortes de personas que sobrepasan los setenta años. El acceso a la educación universitaria está generando trabajadoras profesionales poco dispuestas a permanecer en el hogar cumpliendo con las tradicionales tareas que la división sexual del trabajo les ha asignado.

Tabla 3.4.- Indicador del potencial cuidador femenino en España, Galicia y Navarra, 1991-2005

	Indicador del potencial cuidador femenino	
	1991	2005
España	1,5	1,3
Galicia	1,3	1,0
Navarra	1,3	1,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (www.ine.es). Padrón Municipal de Habitantes (1/1/05) y Censo de Población, 1991

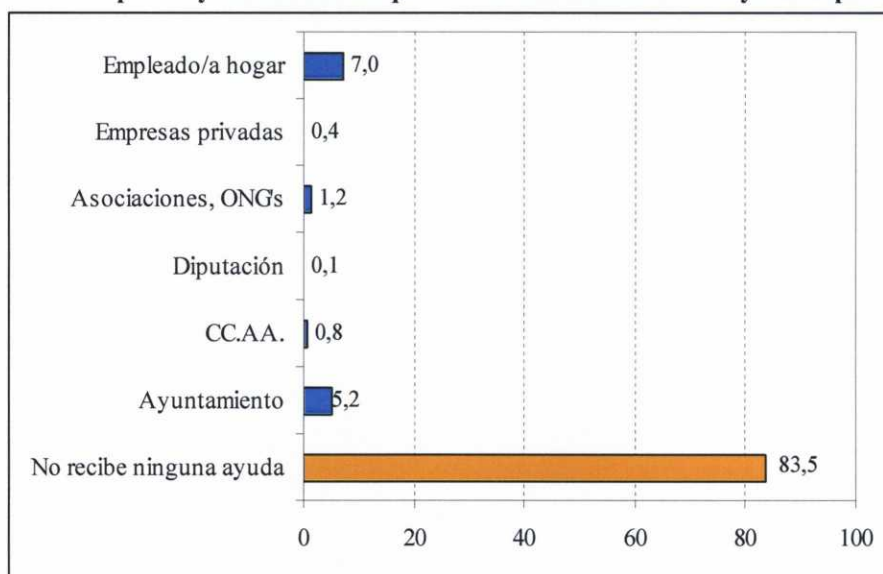
3.2.- ¿Por qué el servicio doméstico como vía de mercantilización del “trabajo de cuidados”?

Ante un panorama de intenso envejecimiento demográfico, incremento de personas mayores con necesidades de atención personal, insuficiencia de servicios públicos adecuados a la asistencia geriátrica y descenso de mujeres “amas de casa” a tiempo completo, cada vez son más las familias que deciden contratar en el mercado, los servicios de una persona que se ocupe de la asistencia de las personas dependientes.

⁷ Widding Isaksen (2004) denomina al colectivo femenino en este rango de edad como la generación sandwich porque están siendo demandadas como cuidadoras desde su rol como abuelas (cuidando a sus nietos) y en su rol de hijas (cuidadoras de sus padres).

Existen al menos tres fórmulas de externalización de los cuidados. Las Residencias, las empresas de Servicio de Ayuda a Domicilio y la búsqueda de apoyo en el tradicional servicio doméstico ocupado actualmente por un número importante de mujeres inmigrantes. Ésta última opción es la principal vía de privatización del “trabajo de cuidados”. Según los datos de la encuesta “Apoyo informal a Mayores” realizada por el IMSERSO (2004a) tan sólo un 0,4% de las familias cuidadoras han mercantilizado el servicio asistencial a empresas privadas mientras que el 7,0% han contratado a una empleada de hogar para cumplir esta función. **La proporción de trabajadores domésticos cuidadores iguala a la cobertura de servicios públicos asistenciales ofertada desde la administración**, puesto que tan sólo el 6,1% de los encuestados declaran recibir en su casa algún tipo de asistencia pública.

Gráfico 3.1.- Tipo de ayuda asistencial que reciben las familias con mayores dependientes.



Fuente: IMSERSO (2004a), *Apoyo informal a Mayores*, Madrid, IMSERSO
 ¿Recibe esta persona en su casa ayuda de otras personas de alguna de las organizaciones o instituciones que le leo a continuación?

La preferencia de las familias por la contratación de cuidadoras en el seno del servicio doméstico está en gran parte determinada por las características laborales de este sector, que permiten una mayor flexibilización de horarios, una adecuación entre el tiempo de atención y el desarrollo de las tareas domésticas y la presencia, mediante la “modalidad de interna”, de una cuidadora permanente que esté pendiente de las necesidades del mayor durante 24 horas diarias. **La oferta de provisión de cuidados por empresas privadas tiene un coste económico tan elevado que pocos presupuestos familiares**

pueden soportarlo. Además, la frecuencia y el tiempo de asistencia que ofrecen no alcanzan a cubrir las necesidades de la población dependiente.

Recordemos que el tiempo medio de atención diario suministrado por las familias es de once horas y la duración del cuidado tiene una media de seis años. Teniendo en cuenta estas cifras, es lógico pensar que la familia necesita una cuidadora que dispense una asistencia continuada incluso durante la noche. Las familias empleadoras requieren una persona que realice tareas que van más allá de la atención personal al mayor: desde un **“trabajo físico”** como es la limpieza del hogar y los cuidados personales a un **“trabajo emocional”** que supone la presencia continúa de una persona que ofrezca con su compañía bienestar y cariño. Y esta tarea no es realizada desde las empresas privadas, cuyas cuidadoras únicamente se dedican a tareas específicas de asistencia personal.

“Yo las cogía (*se refiere a las cuidadoras*) a través de agencia y ellas se dedican al cuidado de personas mayores y entonces: “No se preocupe porque nunca le va a faltar una persona”. Al principio por eso decidí hacerlo por agencia. El salario pues se notaba, es más gravoso, pero era parecido el salario porque era el mismo, lo que pasaba que una me cubría siete horas y la otra todo el día. Y yo por el salario siempre me he regido por las normas de la asociación que eran las mismas para el empleo doméstico en España” (F8, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

“Una persona de aquí que te haga ese trabajo no hay nadie. Sé que hay algunas empresas que hacen unos turnos de mañana, tarde y noche pero eso es carísimo. Estábamos hablando de 400.000 ó 500.000 pesetas todos los meses. Y no hay quien mantenga eso. Y entonces a partir de eso con lo que había ya en ese momento ya se planteó coger a una persona de fuera” (F7, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

“Es que las de aquí (*la entrevistada se refiere a las mujeres españolas*) cobran carísimo. Nosotros pagamos a esta chica, 570 euros. Está mantenida y asegurada. Y aquí te dicen, 600 euros de día y 750 de noche. O sea, que te salen carísimas”. (F2, Empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003)

La tesis doctoral de Sonia Parella Rubio (2003) en donde se realiza un análisis de las empresas de proximidad que se dedican a prestar servicios de atención personal y domésticos (dirigidos a personas dependientes) representa una útil fuente de datos a partir de la cual se pueden comparar las experiencias empresariales y las de empleadas de hogar en torno a este ámbito. La autora refleja como las familias que han decidido contratar el trabajo de cuidados a través del mercado formal privado lo han hecho como una segunda opción frente a experiencias negativas anteriores con una empleada doméstica. Otro de los motivos aducidos es la ausencia de una red de “contactos personales” que permita contratar a una persona “de confianza” en el hogar. Además, en

estos casos, “el cliente o usuario contrata un servicio y no una persona (es la empresa y no el particular quien posee la condición jurídica de empleador)” siendo ésta otra de las ventajas “por cuanto ello ofrece al cliente la garantía de que siempre va a contar con alguien que cubra el servicio, con independencia de las circunstancias personales de la trabajadora” (Parèlla, 2003: 313).

Aún así, la mayoría de las familias españolas que deciden externalizar el trabajo de cuidados lo hacen principalmente hacia empleadas domésticas debido a las elevadas ventajas económicas, al mayor tiempo de atención dispensado, y a que el tipo de tareas que estas personas ofrecen no se limitan únicamente a los cuidados personales sino que también engloban actividades relacionadas con el mantenimiento doméstico. Por un lado, las relaciones de dominación y explotación que pueden realizarse dentro del dominio privado representan, sin duda, una ventaja (Ungerson, 99; Stefoni, 2002). Por otro lado, la garantía que ofrece el ámbito empresarial en la realización de un seguimiento y evaluación de la trabajadora, no está ausente en el caso de la contratación individual de una empleada de hogar, principalmente, si ésta se ha realizado por medio de una asociación. Aquellas instituciones con bolsa de empleo para cuidadoras actúan como verdaderos agentes responsables de la relación contractual (aunque no exista un contrato legal. Ver capítulo 5) tanto hacia la empleada como hacia la familia empleadora intentando ejercer de mediadores en caso de conflicto o descontento por alguna de las partes.

Estos beneficios en la contratación de empleadas de hogar para el trabajo de cuidados es visto por algunos gerentes, siguiendo el trabajo de Parella, como una “competencia desleal” por los bajos precios que pueden llegar a ofrecer las familias empleadoras y por la creciente internacionalización del trabajo que ha puesto un ejército de reserva formado por mujeres inmigrantes que son capaces de aceptar condiciones laborales que rozan el “servilismo”⁸. Por eso, finalmente, las empresas se ven en la obligación de aplicar criterios selectivos con respecto a su clientela: se dirigen a personas de alto poder adquisitivo que necesitan pocas horas diarias de servicio (sobre una o dos horas al día).

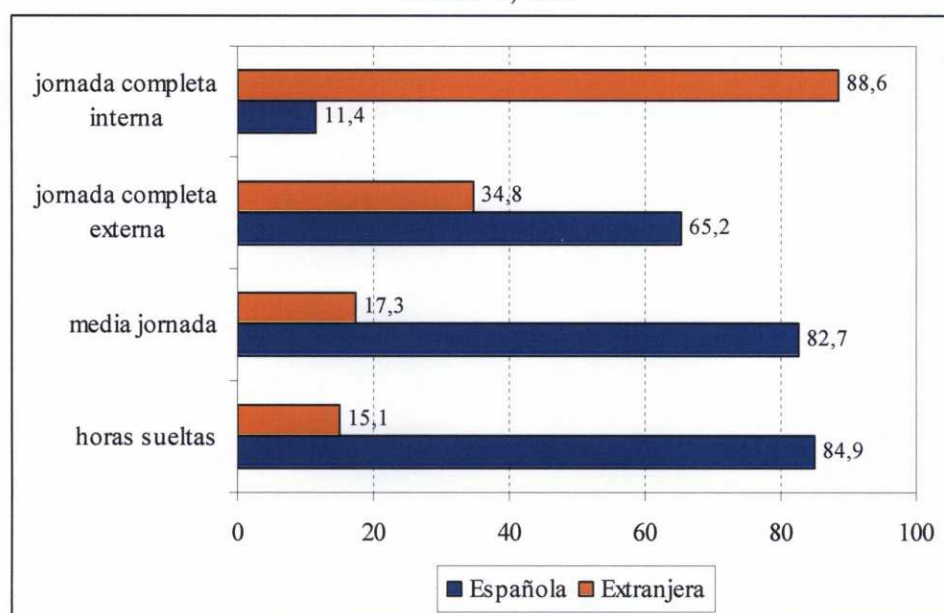
⁸ Las condiciones laborales de las cuidadoras inmigrantes en el interior del servicio doméstico son explicadas con detalle en el capítulo 5.

3.3.- Cuidar ancianos: trabajo para mujeres inmigrantes... ¿irregulares?

La presencia de trabajadoras inmigrantes en el sector doméstico de cuidados ha sido contabilizada por el estudio del IMSERSO (2004b) sobre “Empleados de Hogar. Apoyo a mayores”, en donde se estima que el 40% de las cuidadoras de mayores contratadas por los hogares son extranjeras. Esta cifra es similar al nivel de extranjerización del servicio doméstico que en el año 2004 apuntaban los datos de afiliación en Alta Laboral a la Seguridad Social en el Régimen Empleadas de Hogar. No obstante, es posible que los números hayan variado y los pesos se hayan modificado, tal y como se ha comentado en páginas precedentes en el año 2006 según esta misma fuente de afiliación laboral, el porcentaje de mujeres extranjeras en el servicio doméstico ha ascendido a un 62,2%. Aunque tan sólo han pasado dos años desde que se efectuó la encuesta del IMSERSO hay que tener en cuenta que algo más de 180.000 solicitudes de la Normalización de 2005 se concedieron al Régimen de Hogar, lo que supuso que “en casi tres de cada cuatro casos la normalización del empleo femenino extranjero se correspondió con el servicio doméstico” (CES, 2006).

La presencia de mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados se eleva según la citada encuesta del IMSERSO a un 81,3% en el caso de la “modalidad de interna”. Los datos reflejan como las mujeres foráneas se ocupan en las modalidades de trabajo en las que apenas existe población autóctona por lo que la competencia laboral de este sector entre nativas/extranjeras es mínima. Las mujeres inmigrantes se encuentran en los empleos de cuidado que requieren jornadas laborales más extenuantes y las españolas están ubicadas en los trabajos asistenciales de menor intensidad y más profesionalizados. Si alrededor del 80% de las trabajadoras internas son extranjeras esa misma cifra aparece para las cuidadoras autóctonas que trabajan por horas.

Gráfico 3.2.- Modalidad de trabajo en el sector doméstico de cuidados según nacionalidad de la cuidadora, 2004



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2004b), *Encuesta Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores*, Madrid, IMSERSO.

“El trabajo demandado por las españolas es diferente al ofertado y demandado por personas inmigrantes. Las españolas se emplean como externas y temporales con la finalidad de obtener una ayuda para la economía familiar. Es un trabajo mucho más específico. Quieren trabajar dos o tres horas a la semana. Las inmigrantes quieren un trabajo estable que les permita vivir sin otro sueldo”. (P5, Responsable Congregación María Inmaculada)

La incorporación de trabajadoras en las diversas modalidades de empleo del servicio doméstico según la nacionalidad de la empleada (española o extranjera) no es un fenómeno novedoso. Ya en el año 1997 Anderson y Phizacklea en un informe elaborado para la Comisión de Comunidades Europeas señalan que “aunque nacionales de países terceros trabajan en todas las áreas del servicio doméstico, están particularmente concentradas en trabajo doméstico interno, comúnmente, aunque no necesariamente, implicando cuidados para niños o mayores” (Anderson y Phizacklea, 1997: 8)⁹.

El trabajo de campo efectuado en Pamplona y A Coruña certifica que en ambas ciudades la contratación de una inmigrante únicamente se ha realizado en el momento en que no se ha encontrado a una persona nativa que quisiese desempeñar este trabajo. En las propias organizaciones no gubernamentales informaban a las familias interesadas

⁹ “La estratificación y jerarquización del servicio doméstico tiene que ver con las diferencias de clase, etnia, procedencia y situación jurídica. Su interrelación determina que las mujeres inmigrantes y pertenecientes a minorías étnicas se encuentren en el escalón más bajo, aunque por encima de aquellas que, además, no tienen la documentación en regla” (Cruz Roja, 2004: 24).

de que no había mujeres nativas dispuestas a trabajar y menos de “internas”. Ante la imposibilidad de encontrar a una cuidadora autóctona, la salida es la contratación de una persona inmigrante.

“Contratamos a una persona extranjera para cuidar de mi madre porque yo no podía atenderla durante el día. Me dijeron que no había españolas para hacer el trabajo. Tengo una librería y estoy todo el día fuera de casa. Ya sabes que una librería es muy atado porque tengo que abrir todos los días de la semana, sábados y domingos. Mi marido también trabaja y mis hijos, cada uno tiene su trabajo. Cuando mi madre empeoró y me la traje a mi casa se me echó el mundo encima. No era capaz de hacer todo el trabajo. Al final decidí contratar a alguien y las únicas personas dispuestas eran inmigrantes” (F1, Empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003)

Es decir, **el trabajo de cuidados para inmigrantes comienza cuando surge el hueco laboral autóctono en el interior de esta actividad**. Los entrevistados pertenecientes a ONG's e instituciones con bolsa de empleo para cuidadoras extranjeras señalan que habitualmente el trabajo de asistencia es ocupado por **mujeres extranjeras irregulares que acaban de llegar al país**. Al ser la mayoría de las ofertas de trabajo dentro de la modalidad de “interna”, las circunstancias vitales de las recién llegadas indocumentadas son las que mejor se acoplan a este empleo. **La regulación jurídica y el reagrupamiento familiar condicionarán la salida de la cuidadora del régimen de interna y su establecimiento en las modalidades de atención que se ubican en la fórmula de “externa” (desde por horas a jornada completa)**. Ello significa que el cuidado de ancianos se convierte en un nicho laboral para aquellas mujeres procedentes de **nacionalidades menos asentadas en el país**. En el caso de Navarra, destacaba la presencia de ecuatorianas y bolivianas; en A Coruña estaba empezando a surgir la figura de la cuidadora brasileña.

A medida que se modifica la composición de los flujos migratorios, cambian las nacionalidades principales de las cuidadoras de ancianos. El suministro de mano de obra para estas duras tareas que recoge el servicio doméstico en la modalidad de interna está asegurado por la llegada de mujeres procedentes de países que configuran nuevos flujos de llegada al país. Éstas van supliendo la mano de obra de las mujeres originarias de naciones con mayor tradición migratoria (Raijman, 2003). Así, las mujeres bolivianas y brasileñas están relevando en la cadena de cuidados a las ecuatorianas. Esta rotación de nacionalidades en el sector de servicios personales demuestra el bajo prestigio social

asociado a esta actividad y los deseos de movilidad de sus trabajadoras hacia otras modalidades del servicio doméstico u otro empleo fuera de este mercado¹⁰.

Pero no solamente la renovación de los flujos migratorios establece el origen de las domésticas cuidadoras sino que también las preferencias de las familias empleadoras determinan la **nacionalidad** de las personas que se ocupan en este empleo. **Existe una predilección hacia las “sirvientas” procedentes de Latinoamérica.** El idioma ha sido siempre la variable fundamental para explicar esa preferencia junto con la cercanía cultural de las personas procedentes de esta región. La igualdad de lenguaje y religión se han convertido en dimensiones que efectúan una discriminación positiva (a la hora de encontrar trabajo en el servicio doméstico) para las latinoamericanas. El análisis cualitativo del trabajo de campo ha puesto al descubierto la existencia de una **asociación entre mujeres latinas y ciertas características de personalidad, como “paciencia” y “cariño” que entroncan perfectamente con el cuidado de personas mayores.** La vinculación de cada una de las nacionalidades con unos determinados rasgos de personalidad hacen a esas personas más aptas para trabajar como cuidadoras¹¹.

“Bueno, pues pedimos mediana edad, que hablase castellano, o sea queríamos sudamericanas más que nada por el castellano, que no fuese muy negra porque mi padre a los negros les tenía fobia... Entonces dijimos: “Bueno, pues una que fuese más clarita”. De piel normal, que no fuese blanca de todo, de piel normal”. (F9, Empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003)

“No, es que en aquel entonces, sí que es verdad que se nos comentó de poner a alguna persona de Rumanía que no conocía bien el idioma. Entonces no, yo lo siento mucho, pero mi padre necesitaba a alguien que por las noches le hablase. Y no alguien a quien le tuviese que enseñar. De ahí que contratamos a una sudamericana” (F10, Empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

La existencia de determinados estereotipos raciales hacia diversas nacionalidades no es un fenómeno novedoso. Incluso, en el ámbito referente al servicio doméstico y de

¹⁰ Como explica Sayad (1989), la asistencia domiciliaria a personas mayores es un trabajo para inmigrantes, independientemente de cómo se retroalimente de trabajadores esta condición. “Da igual cuál sea la causa y cuál el efecto en el ciclo que mantienen dos hechos que se ajustan y se invocan el uno al otro: por un lado, un conjunto de tareas devaluadas (técnicamente) y desvalorizadas (socialmente) [...]; por otro, una mano de obra extranjera [...]. A trabajo potencialmente para inmigrantes, mano de obra inmigrante, y a mano de obra inmigrante, trabajo para inmigrantes. Así se cierra el círculo: el trabajo califica (socialmente) a quienes lo realizan, quienes a su vez marcan con su estatus el trabajo que les es asignado”.

¹¹ En las investigaciones del Colectivo IOÉ (2005) y Díaz y Tobío (2004, 2006) sobre el servicio doméstico y el sector de cuidados también aparece esa fuerte asociación, por parte de las familias españolas, de resaltar la paciencia y el cariño como cualidades de las mujeres latinoamericanas.

cuidados diversas investigaciones (Cruz Roja, 2004; Oso, 2003) demuestran como a pesar de la asociación de ciertas cualidades según el origen de la trabajadora, estas percepciones se van olvidando cuando se observan los beneficios de contratar a extranjeras. Así, las exigencias de las empleadoras hacia determinados rasgos étnicos como la procedencia, el color de la piel o el idioma se van diluyendo a medida que escasean las personas con las características que ellas demandan¹². La preferencia de mujeres latinoamericanas frente a las originarias de Europa del Este a causa del idioma puede pasarse por alto cuando no se encuentran personas que cubran estas expectativas y cuando se observan las mismas ventajas económicas y laborales en mujeres de otros países en teoría “culturalmente más diferentes”¹³.

“Como ahora el tema de las chicas del Este es bastante conocido y tal pues sí que te dicen: “Que hable castellano”. Y ahí también entra otra vez la capacidad de venta de la otra persona que esté detrás de la oferta, porque al final les das la vuelta y te cogen a la ucraniana. O sea, depende, depende un poco. Ahora en concreto sí que hay mucha gente que demanda personas del Este. Y al principio igual, cuando cogieron a la primera chica, pues muy reticentes y “Ya verás, que te va a ir muy bien, que son tres semanas con el tema del idioma, que son gente muy lista”. Que es verdad, que aprenden en seguida, aprenden muy rápido y tal y ahora repiten. “Aunque no hablen me da igual, ya aprenderán”. Pero bueno hay de todo” (P3, Coordinadora Cáritas).

Una mera aproximación cuantitativa al fenómeno confirma alguna de las características básicas que determinan las probabilidades de ser cuidadora de mayores (estas peculiaridades podrían ser extrapolables a la modalidad de interna dentro del servicio doméstico en general) que han salido en el trabajo de campo efectuado. **Ser mujer (1), latinoamericana (2), estar en situación irregular (3) y no haber cumplido ninguna fase de reagrupación familiar (4) son los componentes principales que propician la inserción en el mercado laboral de cuidados en régimen de interna.**

¹² Laura Oso en sus publicaciones “Españolas en París” (2003) y “Mujeres inmigrantes jefas de hogar” (1998), explica como la situación actual de las mujeres extranjeras en el servicio doméstico español se asemeja a la experimentada por las emigrantes españolas de los años 60 a Francia. La autora basándose en un trabajo de campo propio y otro realizado por Laurant en 1976 explica como “al igual que las mujeres españolas empleadoras de inmigrantes en la España de los noventa, las patronas francesas de españolas domésticas en los años sesenta explicaban los mismos argumentos cuando se referían a las cualidades del servicio extranjero. Así, las empleadoras francesas entrevistadas por Laurant declaraban preferir, en un principio, domésticas de su misma nacionalidad, y la opción de las extranjeras era una alternativa ante la escasez de mano de obra autóctona. No obstante, las ventajas de las inmigrantes españolas y portuguesas eran varias: unas relaciones de mayor sumisión y subordinación, así como la aceptación de las labores del hogar más sucias, que las francesas tendían a rechazar” (Oso, 2003: 81).

¹³ El informe de la Cruz Roja, “Hogares, Cuidados y Fronteras” explica la situación de la siguiente manera: “Los supuestos rasgos étnicos responden en realidad a un cálculo que tiene que ver con posiciones socialmente subordinadas. A pesar de todo, los prejuicios se dejan de lado cuando se advierten los beneficios de la contratación” (Cruz Roja, 2004: 52).

La preferencia de nacionalidades concretas por las familias empleadoras y el componente de irregularidad son determinantes para empezar a trabajar en el mercado de atención a mayores. En la tabla que aparece a continuación se ofrecen los datos referentes a mujeres empadronadas (a 1/1/2007) en edad activa (16-64 años) y mujeres en Alta Laboral a la Seguridad Social (31/12/2006) según principales nacionalidades. Poniendo en relación ambas cifras puede obtenerse el porcentaje de mujeres que estando en edad laboral están insertas en el mercado de trabajo formal¹⁴. La tercera columna de la tabla 3.5. ofrece una aproximación a las tasas de ocupación de la inmigración femenina en el país. Más de la mitad de las mujeres en edad laboral empadronadas en España, en concreto el 57,6%, no están dadas de Alta a la Seguridad Social¹⁵ y esta cifra ascendía al 78,9% hace tan solo dos años, con anterioridad al proceso de Normalización de 2005.

Tabla 3.5.- Mujeres empadronadas en edad activa y en alta laboral a la Seguridad Social según principales nacionalidades, 2006

	Mujeres Empadronadas (15-64 años)* (1/1/2007) (A)	Mujeres Alta Laboral Seguridad Social (16-64 años) (31/12/2006) (B)	Tasas de ocupación mujeres (C=B/A)	Estimación mujeres economía sumergida (100-C)
TOTAL	1.693.780	718.889	42,4	57,6
Rumania	211.928	68.405	32,3	67,7
Ecuador	176.579	134.373	76,1	23,9
Marruecos	147.225	47.336	32,2	67,8
Colombia	124.773	74.924	60,0	40,0
Reino Unido	108.723	--	--	--
Bolivia	96.340	24.619	25,6	74,4
Alemania	56.679	--	--	--
Argentina	55.086	23.388	42,5	57,5
Brasil	48.580	10.935	22,5	77,5
Bulgaria	47.313	17.501	37,0	63,0

Fuente: Elaboración propia. INE, Padrón Municipal de Habitantes, 1/1/2007 y MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales, 2006.

No aparecen desagregados los datos de las mujeres procedentes de la Unión Europea según nacionalidad.

* Los datos de mujeres empadronadas en edad activa responden al colectivo de 15 a 64 años. No pudo Tomarse la población de 16 a 64 años porque los datos del Padrón por edad no aparecen desagregados año a año, sino en grupos quinquenales.

¹⁴ Los datos se refieren al total nacional. No podía realizarse una desagregación por CC.AA. porque esas cifras no pueden consultarse de forma pública.

¹⁵ La tabla X es una estimación, un acercamiento a la posible realidad de irregularidad laboral que experimentan las mujeres inmigrantes en España. Por ello, hay que tomar los datos con cautela y tener presente al leerlos e interpretarlos que son una simple aproximación para poder descubrir tendencias.

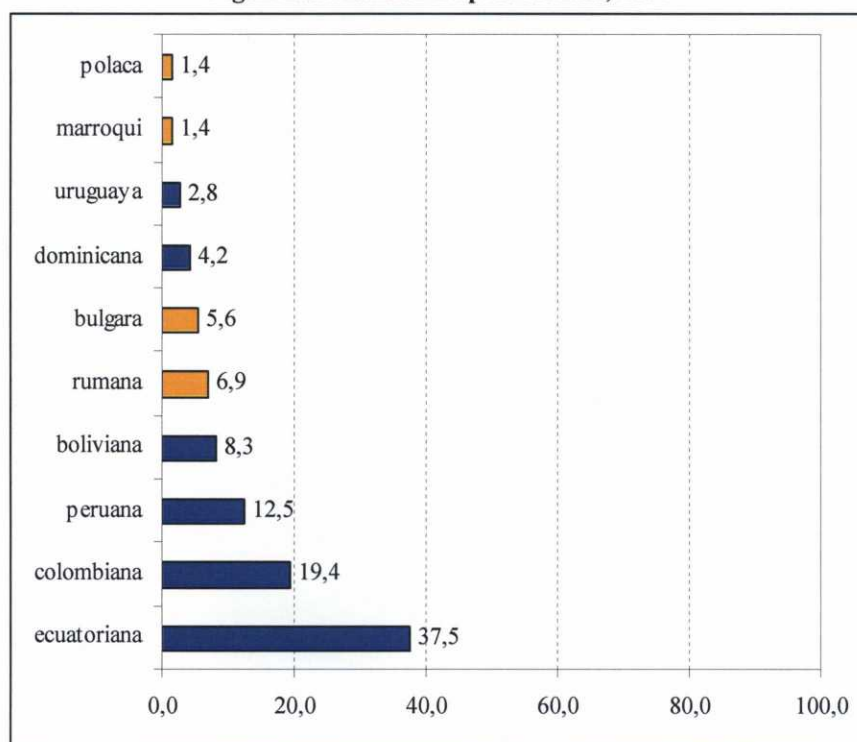
Siguiendo las cifras, la participación laboral femenina extranjera es escasa. Dos posibilidades pueden explicar este fenómeno: o bien la mayor parte del colectivo femenino empadronado ha emigrado como “miembro dependiente” en situación de inactividad laboral, o bien, existe una parte importante de mujeres extranjeras en España que trabajan como indocumentadas en el interior de la economía informal. Observando los datos del Proceso de Normalización del 2005, la última opción parece ser la más razonable. Aproximadamente el 32% de las solicitudes fueron presentadas para la actividad “Hogar”, ocupación en donde se encuentran los niveles más elevados de irregularidad¹⁶. Además, tal y como señalan diversos estudios ya clásicos en el campo de las migraciones a España la inmigración latinoamericana está asociada a inmigración femenina, con la particularidad de que son las mujeres las que encabezan el proyecto migratorio convirtiéndose en jefas de hogar. Ellas son las que comienzan la migración (aunque el proyecto migratorio sea una decisión familiar) generalmente a través de una serie de redes de apoyo generadas en el país de recepción (Gregorio, 1998; Oso, 1998). Ello hace pensar en que si las mujeres latinoamericanas que llegan a España lo hacen como protagonistas individuales de un proyecto migratorio, van a buscar un trabajo remunerado. Si las posibilidades del mercado formal son escasas, en parte, debido a su inestabilidad jurídica, entonces participarán de la economía sumergida, cuya representación mayoritaria para las mujeres es el servicio doméstico.

Sin embargo, no tener “papeles” no es una condición por sí misma que determine la inserción en el mercado de cuidados. Los técnicos de las asociaciones entrevistadas con una bolsa de empleo para mujeres extranjeras cuidadoras coinciden en afirmar que la mayor parte de las mujeres que se insertan en este mercado son latinoamericanas, lo cual, concuerda con las preferencias señaladas para las familias empleadoras. Eso significa que si bien, asociamos inactividad laboral con irregularidad (cuadro 3.5.), y entonces el nivel de mujeres irregulares en edad activa es más elevado para Marruecos (67,8%) que para Ecuador (23,9%) eso no se traduce en un mayor porcentaje de mujeres marroquíes cuidadoras, ya que las ecuatorianas son preferidas para ocupar este empleo.

¹⁶ Según los datos del MTAS (a 7 de Mayo de 2005) el resto de solicitudes presentadas se repartían en un 21% para la construcción, un 15% en la agricultura y un 10% para la hostelería. La ocupación dentro del servicio doméstico era la principal fuente de solicitudes presentadas.

La encuesta realizada por el IMSERSO en el año 2004 a 200 empleadas de hogar que trabajan en el cuidado de personas mayores indica que el 85% de las cuidadoras extranjeras procedían de Latinoamérica. Entre ellas, la nacionalidad mayoritaria es la ecuatoriana agrupando al 37,5% de los casos¹⁷ (IMSERSO, 2004b). La irregularidad determina la inserción en el trabajo de cuidados, pero la nacionalidad, también juega un papel selectivo. Mientras que la primera situación es un efecto de la política migratoria¹⁸, la segunda, es ejercida a través de las familias contratadoras, es decir, es la propia oferta de trabajo la que circunscribe a las mujeres latinoamericanas a desempeñar esta actividad.

Gráfico 3.3.- Empleadas de hogar como cuidadoras de ancianos según nacionalidad de procedencia, 2004



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2004b), *Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores*, Madrid, IMSERSO. Pregunta: ¿De qué nacionalidad es usted?

¹⁷ Las cifras aproximadas de la Congregación María Inmaculada en Pamplona reflejan este mismo panorama: en esa ciudad, en el período 2000-2002 las mujeres ecuatorianas eran las que principalmente se dedicaban al cuidado de mayores. Por otra parte, Ecuador era la nacionalidad mayoritaria de mujeres extranjeras extracomunitarias empadronadas en Navarra (en el año 2005, el porcentaje de ecuatorianas se situaba en el 30,5%).

¹⁸ Este es un buen momento para señalar que la inmigración marroquí, a diferencia de la latinoamericana está encabezada por varones que cuando se asientan en el país actúan como agentes de reagrupación de sus familiares mujeres. En este caso, las mujeres marroquíes no pueden trabajar en la economía formal tras cinco años de estancia legal en el país, lo que limita sus posibilidades de obtener un permiso de trabajo. Si a eso unimos la preferencia de las familias empleadoras hacia mujeres latinoamericanas (y también últimamente de Europa del Este) para trabajar en el servicio doméstico y, especialmente, en el sector doméstico de cuidados, (principales actividades laborales sumergidas) las dificultades de las mujeres marroquíes de insertarse en el mercado laboral informal también son más elevadas.

3.4.- Puerta de entrada al mercado laboral español y nicho de empleo para mujeres inmigrantes latinoamericanas.

Esa preferencia por mujeres latinoamericanas y su vinculación a ciertas características de personalidad como “ser pacientes” y “cariñosas” ha repercutido en que el cuidado de ancianos se convierta para ellas en un **nicho de empleo** dentro de los términos acuñados por Martínez Veiga (2000:82): “Cuando hablamos de nicho nos referimos a las concentraciones que los grupos étnicos inmigrantes suelen desarrollar en ciertos trabajos ya sea por las características culturales del grupo o por sus particulares habilidades o por las oportunidades laborales abiertas en un primer momento. Cuando el nicho está constituido porque aparece una cantidad importante de puestos de trabajo ocupados por miembros del grupo rápidamente se empieza a pensar que las personas que pertenecen a ese grupo son las más adecuadas para desempeñar las funciones que el trabajo trae consigo”¹⁹. **De tal forma que el nicho laboral es creado, en este caso, por una demanda existente con anterioridad a la llegada de estas mujeres inmigrantes y a su asentamiento en este mercado laboral**²⁰. Esta idea es reforzada por varios elementos que han salido de manera espontánea en el discurso de las cuidadoras entrevistadas:

- 1) Antes de llegar a España no sabían que iban a trabajar en el sector doméstico de cuidados.
- 2) En sus países de origen nunca habían trabajado en el sector de asistencia personal.
- 3) Es el primer empleo que han conseguido al llegar al país.

“Entonces, yo llegué acá, las cosas son tan diferentes, que no te imaginas, porque decía yo: “Igual voy a trabajar en una cafetería o en alguna otra cosa, me abriré campo por algún otro lado”. Mentira, sin papeles ya no eres nadie aquí. Es muy difícil que tú puedas conseguir un trabajo, entonces, te haces otras ideas, entonces, voy a encontrar trabajo bien aquí. Mentira, si no tienes papeles, no tienes como acceder a ningún tipo de trabajo. Entonces mi mami, cuando yo llegué estaba trabajando con tres ancianos” (E17, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004).

¹⁹ Para saber más sobre nichos étnicos ver: Schrover, M. et al (2007) y Moya, J. (2007).

²⁰ Sin embargo, siguiendo con el territorio de Pamplona, y según las cifras de la bolsa de empleo de Cáritas, la demanda de trabajo está superando a la oferta de empleos recibidos. Así, en el año 2001 se cubrieron el 69% de las demandas recibidas y en el año 2002, el 65 %. Según el Colectivo IOÉ (2005) en su estudio sobre el cuidado a mayores por inmigrantes esta situación también tiene lugar en la Comunidad de Madrid.

“Empezar a cuidar ancianos fue coincidencia, no sabía, ni estaba preparada. Tengo una amiga en el sindicato y ella me consiguió ese trabajo. Ella es asistente social y fui y bien. No tenía pensado trabajar cuidando pero apareció. En mi país trabajaba de montadora electrónica, montadora de telecomunicación en una cadena de montaje” (E5, Cuidadora brasileña, A Coruña, 2003).

La experiencia previa de las cuidadoras entrevistadas en el trabajo de asistencia es más bien escasa. **El cuidado de ancianos se configura como una modalidad de empleo en el que tienen que insertarse si quieren empezar a trabajar cuánto antes en el país receptor.** Como puede verse en el cuadro X la mayor parte de las extranjeras consiguieron su empleo a los pocos meses de estar en el país y las motivaciones aducidas para emplearse en él pueden resumirse en la idea de que “es el trabajo que hay para nosotras”. La resignación ante la imposibilidad de insertarse en otra actividad y la necesidad de ganar dinero rápido acentúa su incorporación al mercado laboral como domésticas cuidadoras.

“Si tú has trabajado en un banco, aquí no te lo van a dar tampoco. Tú aquí vas de cocinera o de cuidado de niños o de ancianos, ése es el trabajo para nosotros [...] No, es que lo que tú tienes de Ecuador, aquí no te vale nada, nada. Aquí, de cuidadora de ancianos, de cuidar niños. No tienes documentos...”. (E9, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

“Aquí solo me salieron trabajos para cuidar a personas mayores. La gente de mi ciudad que está aquí trabajan o cuidando niños o ancianos, no hay más” (E8, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

“Yo busqué trabajo de secretaria, lo que hacía en mi país. Fui a muchas empresas de trabajo. Pero en cuanto yo decía que era de Colombia entonces nada. Cuando llegué encontré empleo cuidando a dos niñas de interna. Pero al final allá no me pude quedar, porque era una finca, lo que ustedes llaman una aldea. Yo me moría de tristeza. Me levantaba cada día y sólo veía bosque, árboles. Y yo, ¡ay, Dios mío voy a enloquecer! Una casa entre la selva. Cuidaba a tres niños, eran tan lindos y me querían tanto... Entonces me decían: “no te vayas Martha”. Y yo con el dolor del alma me vine. Otra vez fui junto a la amiga de los suegros de mi hermano y me llamó diciendo que había otro empleo, y yo le dije bueno, cuidando a dos ancianos. Y yo: “listo, no hay problema”. Yo nunca lo hice pero yo me voy y los cuido con todo el cariño del mundo”. (E6, Cuidadora colombiana, A Coruña).

“Entonces en Septiembre me quedé para hacer el doctorado, porque pasar aquí es muy fácil, entonces, pasé y daban tres bolsas para extranjeros, pasé y yo hice un año con beca. Acabó la beca y con el dinero que había ahorrado me daba para quedarme seis meses, para terminar el curso, que termina en Junio. Yo pedí una beca pero no me la concedieron. ¿Entonces qué hago? Aún me faltaba otro curso, otro año, después del segundo año uno hace la tesis. Entonces yo quería quedarme otro año y lo que hice fue trabajar. Yo apuré Junio, Julio, Agosto y nada, no encontré nada. Para extranjera aquí muy poco. Entonces de Cáritas conseguí cuidar a una señora con depresión, que tenía 75 años. Envié currículum en empresas pero no encontré nada. Sólo esos trabajos, otra cosa no hay” (E4, Cuidadora brasileña, A Coruña, 2003).

En ocasiones, incluso encontrar un empleo dentro de este sector es complicado para ciertas mujeres, sobre todo, las más jóvenes. Es el caso de nuestras entrevistadas E19 y

E23 que con tan solo 18 y 21 años buscaron trabajos como cuidadoras internas. Tardaron dos y tres meses en encontrar este empleo, tiempo superior al del resto de cuidadoras entrevistadas, que a modo general, han tardado de tres semanas a un mes desde su llegada al país en encontrar un primer empleo como “domésticas cuidadoras” (ver tabla 3.5)

“Me salió un trabajo durante un mes para cuidar a otra persona. Fui a la entrevista, me preguntaron cuántos años tenía y yo iba a cumplir 21 años y me dijeron: “Tú eres muy joven y quiero a una persona mayor”. He tenido problemas por ser joven porque en otra entrevista también me dijeron lo mismo. La mayor parte buscan personas mayores o con experiencia. Fue difícil”. (E23, Cuidadora boliviana, Pamplona, 2004)

Este criterio selectivo de la edad en el mercado laboral de cuidados a mayores ha dado lugar, según diversas académicas (Escrivá y Skinner, 2006), a una propensión migratoria de personas con edades superiores a los 45 años, rebatiendo así la imagen general del inmigrante joven y en plena edad activa. Si bien, por una parte, esta tendencia es producto de la reagrupación familiar también es consecuencia de una demanda laboral de mujeres maduras por lo que algunas de ellas emigran en la última etapa de su vida activa de manera autónoma por motivos económicos. Haber sido esposas, madres y abuelas les confiere una serie de experiencias en materia de trabajo asistencial y doméstico, aspectos bien valorados por los empleadores²¹.

²¹ Ambas autoras (Escrivá y Skinner, 2006) utilizan los datos del Censo de Población de 2001 para averiguar el porcentaje de personas de 45 y más años que han llegado a España en el 2001. Las principales nacionalidades extracomunitarias de migrantes adultos son Argentina y Perú situándose éstos en una proporción de un 21,4% y un 16,7%, respectivamente. Hay que tener en cuenta también que esta propensión migratoria a edades maduras puede ser resultado de momentos puntuales de inestabilidad económica en sus sociedades de origen. Éste es el caso de Argentina, que en el 2000, sufrió una importante crisis económica que desestabilizó las economías de todas las clases sociales. Esta recesión pudo propiciar una migración de argentinos a España.

Las migraciones a edad avanzada activa todavía no tienen un cuerpo teórico de análisis. En caso de que sea cierta la hipótesis de que la demanda de mujeres experimentadas dentro del sector doméstico de podría dar lugar a un flujo de migrantes mayores no solamente supondría el análisis de una nueva propensión migratoria, sino que además modificaría las pautas clásicas de inserción en el servicio doméstico. Los historiadores de la familia, que han estudiado el rol del servicio doméstico durante el Antiguo Régimen, coinciden en afirmar que los criados de ese momento histórico comenzaban en esta condición a una temprana edad, generalmente en la adolescencia, y finalizaban en la misma normalmente cuando contraían matrimonio (Laslett, 1974).

Esta formulación se presentó como una pauta común para todos los países de Europa Occidental aunque únicamente se basó en el comportamiento de la estructura demográfica y social de los países del Norte de Europa. Isidro Dubert (1999) critica la extensión de este concepto a los territorios del Sur de Europa. En su trabajo de investigación utiliza el ejemplo de Galicia para comprobar como en esta comunidad los criados no tenían una alta movilidad sino que existía una tendencia de fidelidad a un “amo” durante tiempos prolongados.

Algunas de las entrevistadas, para encontrar trabajo, tiraron de su red de relaciones ya instalada en España (tanto familiares, como vecinos o amigos) por lo que vinieron con el empleo apalabrado desde el país de origen²². Algunos autores otorgan una gran importancia a la extensión de esta red de relaciones sociales que califican como determinante para configurar el nicho laboral mencionado. Un estudio realizado por un equipo de investigación de la Universitat de València sobre el cuidado de personas mayores por inmigrantes indica que “el origen de las cuidadoras no es representativo del origen de los inmigrantes que se establecen en el territorio y no obedece a ninguna otra lógica que la extensión de redes propias con el fin de ocupar nichos vacíos allá donde la demanda puede ser fuerte”. Es así como explican que en Castellón ciudad sean principalmente mujeres rumanas las que se ocupan en los empleos de cuidado (Berjano et al, 2005; 162) y no latinoamericanas.

No obstante, según los resultados del trabajo de campo realizado para esta tesis doctoral no puede concluirse que sean las redes personales de la población latinoamericana las que determinen unilateralmente la inclusión de este colectivo en el trabajo doméstico de cuidados en A Coruña y Pamplona. Es cierto que en ambas comunidades existe una mayor presencia de población foránea procedente de Latinoamérica y, por lo tanto, las probabilidades de que este colectivo se inserte en el servicio doméstico de atención a mayores son más elevadas. Además existen indicios que permiten asegurar que este empleo es delegado por la propia población nativa a mujeres inmigrantes latinoamericanas. Las preferencias de las familias empleadoras hacia mujeres de estas nacionalidades junto con el hecho de que se les atribuyan algunas cualidades de personalidad adecuadas para ejercer como cuidadoras, son factores que repercuten en su inserción en dicho sector.

²² Esta situación suele estar presente en las nacionalidades más asentadas en el país. Es el caso de las mujeres procedentes de República Dominicana: “Todas las dominicanas que venimos aquí ya venimos con el trabajo puesto. Todas las que estamos ya no venimos con eso de turista o de paseo, ya venimos directamente porque vamos a trabajar para la casa a la que vamos a trabajar. En la casa normalmente, ya nos hacen ellos el contrato, ya se lo mandan a ellos allá y ya le dan el visado y cuando uno viene a trabajar ya viene a trabajar para ellos, que no es que ellos le hagan el favor de hacerle un visado y que después tú aquí busques ya el trabajo que quieras. Puede ser que hayan amistades que para hacerle un favor a alguien, o que yo quiera traer a una hermana y yo le diga: “Y me puedes hacer tú el contrato y yo te pago el dinero”. Y ya se lo hacen ya puede venir mi hermana sí y puede trabajar en otro sitio. Normalmente las que venimos, lo hacemos para el trabajo que venimos, aunque “x” tiempo si en el trabajo no, no te va bien, o depende el trato, también no es obligado estar trabajando con ella” (E2, Cuidadora dominicana, A Coruña).

Además no puede obviarse que sólo cinco de las treinta mujeres entrevistadas pensaban trabajar en esta actividad antes de llegar a España y que únicamente tres de ellas trabajan en sus países de origen en un empleo relacionado con la asistencia a personas dependientes. Parece que el sector doméstico de cuidados no es, en la mayoría de los casos, el trabajo en el que querían insertarse, sino que se ha accedido a él por ser el único hueco del mercado laboral en España.

Un aspecto que nos permite profundizar más sobre cómo los nichos laborales se crean en el país de origen es la capacidad que tienen estas mujeres para **cambiar de empleo** y dedicarse a otra actividad. Debido a que la mayor parte de las mujeres entrevistadas tienen estudios secundarios y que la mayoría de ellas contaban con un empleo adecuado a sus perspectivas profesionales en su país de origen, es bastante usual que la migración haya repercutido en un descenso de su status social. No obstante, esta pérdida de posición social está acompañada por un incremento en el status financiero que compensa esa movilidad descendente. Es lo que Rhacel Parreñas (2000:150-198) denomina como “contradictory class mobility” y lo que provoca que el colectivo inmigrante observe su inserción en el sector de cuidados como una ocupación temporal ante una situación de necesidad económica. La existencia de esta formación específica hace pensar a algunas autoras como Sarti (2005a) que en algún momento del proyecto migratorio pueda accederse a un puesto de trabajo con un status social más elevado²³.

De ahí que el servicio doméstico sea considerado como una actividad puente²⁴ en la espera de conseguir un trabajo mejor posicionado. Sin embargo, en las regiones estudiadas la movilidad parece seguir una trayectoria horizontal en donde los máximos progresos laborales aparecen con un cambio en la modalidad de la jornada laboral. El salto hace otro tipo de empleo suele pasar primero por cambios de régimen dentro del sector doméstico: primero se trabaja como interna, luego como pseudoexterna y después como externa por horas. Cuando se consigue superar este ciclo los otros empleos que se obtienen suelen ser en hostelería o en comercio.

²³ Sarti (2004) acentúa en esta característica un cambio fundamental con respecto a las empleadas del servicio doméstico de antaño, ocupación en la que se ubicaban principalmente mujeres de clases bajas, sin formación y procedentes principalmente de áreas rurales.

²⁴ El término “bridging occupation” que hace referencia al servicio doméstico como una actividad puente fue acuñado por Broom y Smith en 1963 (Citado en Sarti, 2005b:27).

“Que después ahora trabaje en una fábrica, que ahora trabaje en un bar, porque ahora ya tiene papeles, pero todos han trabajado de primero, como primera entrada en el doméstico. [...] Ese es el problema y cuando se llega aquí los trabajos, uno está acostumbrado a trabajar en otro sistema de trabajo. Pero aquí se tienen los trabajos en los que ya no trabajan los españoles. Esa es la gran verdad de nosotros [...] Entonces, ¿qué pasa?, que cuando viene una profesional, viene una profesora, y está trabajando en el servicio doméstico” (E17, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004)

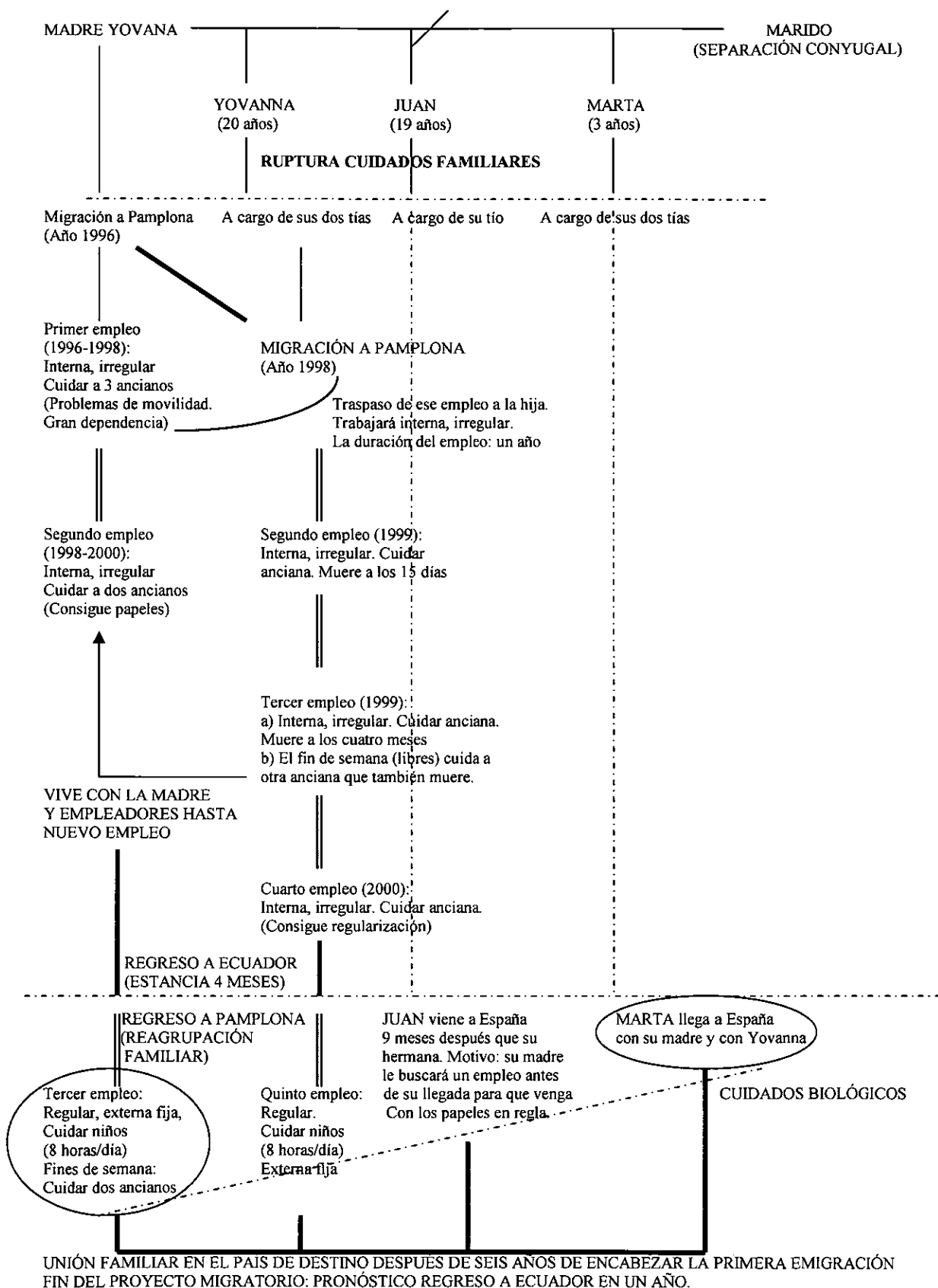
Esta situación es conocida por las propias entrevistadas que, en general, han mostrado sus deseos de salir del servicio doméstico, sobre todo, entre las internas cuya esperanza se fija en obtener un empleo “por horas” más que en poder desempeñar su propia profesión. De todas formas, en España, el primer atisbo de movilidad ascendente de las trabajadoras inmigrantes no se produce cuando encuentran una mejor oferta de empleo sino cuando obtienen su **documentación** en cuanto significa la salida de la invisibilidad social y jurídica. Las circunstancias de las mujeres extranjeras que trabajan como internas en el servicio doméstico son de las más duras y vulnerables de las que experimenta la condición de migrante. Alejadas de sus familias rompen con el ciclo natural de sus vidas y realizan los trabajos más intensos de cuidados con jornadas que requieren 24 horas diarias de disponibilidad laboral. Estas situaciones llegan a generar ansiedades ante un proyecto migratorio incumplido, ante la imposibilidad de ahorrar lo suficiente para pagar la deuda contraída y mantener a sus familias en el origen. Estar en situación “legal” permite regresar al país de origen a ver a los familiares e implica poder reagrupar a la pareja y/o hijos. Es esa reagrupación la que suele condicionar el abandono del trabajo de interna.

El cuidado de ancianos se erige como un mercado laboral que engloba a las mujeres que acaban de llegar al país, las más vulnerables a las condiciones de explotación y dominación. Salir de este círculo no depende únicamente de la formación adquirida sino de las propias condiciones de vida de estas mujeres y de la finalidad de su proyecto migratorio (si es temporal y de ahorro, si es de instalación y de mejora profesional...). De ahí que se espere con ansia la regularidad para poder trabajar como externa por horas o como interina dentro del servicio doméstico. Un mayor sueldo, una mayor libertad de actuación además de permitir el mantenimiento de la vida propia en caso de reagrupación. Los trabajos como externa están más asociados a la limpieza del hogar o al cuidado de personas mayores con menores niveles de dependencia. Eso significa una menor carga laboral y una mayor compensación económica.

De las 30 mujeres extranjeras entrevistadas que trabajan como cuidadoras de mayores, la gran mayoría están empleadas en la modalidad de interna y en situación irregular. Solamente se han encontrados dos casos, los referentes a E11 y a E23 que trabajen como internas teniendo la documentación. E11 es colombiana. Con 41 años ha tenido cuatro hijos, todos se encuentran en el país de origen. Después de cuatro años “sin papeles” ha conseguido su estabilidad jurídica. Su período como “cuidadora interna” se está terminando puesto que en tan sólo dos meses abandonará este empleo, trabajará en una empresa de limpiezas y vivirá en A Coruña con sus dos hijos pequeños. La situación de E23 es distinta. Tiene tan sólo 19 años, lleva uno en España y no tiene cargas familiares en su país de origen. Prefiere seguir como interna para poder continuar con su estrategia de ahorro aunque quiere reagrupar a dos personas de su familia: su madre y su hermano pequeño.

En el esquema que se presenta a continuación se representa cómo se produce la movilidad de la modalidad de interna a externa dentro del sector doméstico de cuidados. La trayectoria laboral de Rosalba Santos, cuya experiencia ha servido para introducir esta tesis doctoral, es un buen ejemplo de cómo se producen los cambios de empleo y de posición social entre las mujeres inmigrantes cuidadoras. Rosalba emigró a Pamplona en 1996 y el primer y único empleo que consiguió fue como cuidadora de tres ancianos en régimen de interna, trabajo en el que se mantuvo hasta el año 1998. En ese año su hija Yovanna llega a Pamplona por lo que Rosalba le cede su empleo como interna y ella se busca otra casa en la que trabajar también dentro de esta modalidad de cuidadora interina. Dos años después, en el 2000, ambas obtienen su documentación legal y deciden salir del régimen de interna. Rosalba regresa a su país durante un corto período de tiempo y allí planea la estrategia de reagrupación del resto de su familia en España. Una vez que obtenida la regularización jurídica Rosalba decide que tienen que instalarse en España su hijo y su otra hija de apenas seis años. Para ello consigue un empleo como externa con la finalidad de poder cuidar a su niña pequeña. Yovanna, sin embargo, al no tener cargas familiares pasa a la modalidad de pseudoexterna (modalidad explicada en el capítulo 5) que consiste en trabajar la jornada laboral completa pero viviendo fuera de la casa de la familia empleadora.

Gráfico 3.4.- Ejemplo de movilidad laboral en el servicio doméstico. El caso de Rosalba Santos.



Fuente: Elaboración propia

La **reagrupación familiar** y la obtención de la **estabilidad jurídica** son, sin duda, los dos elementos fundamentales que condicionan el cambio del régimen de interna al de externa. El trabajo doméstico por horas permite una mejor combinación del trabajo productivo y reproductivo al que también tienen que enfrentarse las mujeres inmigrantes. La ausencia de un círculo familiar completo en el país de destino hace más difícil esta conciliación que para las mujeres nativas, las cuales, cuentan en numerosas ocasiones con los abuelos y otros parientes para efectuar las tareas de cuidado. En el caso de las mujeres inmigrantes se imponen otras estrategias de cuidado como el rol de afecto y vigilancia de los hermanos mayores sobre los más pequeños; o también, la contratación de mujeres inmigrantes en sus países de origen, que suplan su rol afectivo. Es lo que se ha denominado como “**cadenas mundiales de cuidado**” (Ehrenreich y Hochschild, 2004). El trabajo doméstico externo por horas supone una estrategia de flexibilidad laboral en donde se pueden coordinar los horarios de trabajo con los de la atención al hogar y a sus miembros. O incluso en algunos casos se opta por la reagrupación familiar de parientes femeninos mayores que puedan dedicarse al cuidado de los pequeños (de ahí que también se produzcan migraciones a edad avanzada). En todo caso, la modalidad de interna es observada como una actividad temporal hasta que se produzca la regularización y la reagrupación familiar (Oso, 2002)

“Ya pero entonces, ya en ese tiempo, si es que traigo el niño el año que viene, ya no trabajaría de interna, trabajaba ya de por horas, externa, ya sea desde por la mañana hasta las cinco, que venga ya del colegio y que lo recoja yo, sí. Cuando lo traiga, de interna ya no trabajo, de externa sí, que ya yo entraría a las ocho o a las nueve que saliera a las cinco que ya justo lo recojo yo. Que si no, no me valdría la pena traerlo, porque si no lo recojo yo, si no estoy con él, para que lo cuide otro, mejor dejarlo allá”. (E2, Cuidadora dominicana, A Coruña)

“Entonces mi mami, para cuando se vino acá, cómo se organiza, porque de interna ya no podía venir porque estaba con mi hermana [...] Mi mami tenía papeles y se podía conseguir trabajo. Se buscó trabajos en casas acoplándose al horario de mi hermana y pagar piso, y pagar comida y pagar el colegio de mi hermana, imagínate, eso fue durísimo para mi mami. Se pasó trabajando. Trabaja, en la casa que trabaja ahora está igual, trabaja de ocho de la mañana a tres de la tarde y de siete de la noche a nueve, con unos niños y los fines de semana donde una abuela, donde dos abuelitas que la admitían con mi hermana, pero la señora igual está... imagínate esta señora está que hace tres años que no sale de su casa y no quiere salir de su casa”. (E20, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona)

Tabla 3.6.- Descripción de la situación laboral y educativa de las cuidadoras inmigrantes entrevistadas

Número entrevista	País de origen	Cualificación	Empleo país origen	Empleo España	Tiempo que tardó en buscar empleo
E1	Colombia	Estudios secundarios (Enfermería)	Cuidado de niños, discapacitados, enfermos y mayores	Cuidado de ancianos	A los cuatro meses de llegar encontró cuidando ancianos. Antes estuvo vendiendo productos de AVON.
E2	R. Dominicana	Estudios primarios	Fábrica textil, servicio doméstico	Cuidado de niños y ancianos	Llegó con el trabajo desde su país. Dos años y medio cuidando niños y ahora cuidando una anciana
E3	Uruguay	Estudios secundarios	Elaboradora de sustancias químicas	Hostelería, maquinista, cuidado de ancianos	Empezó a cuidar ancianos a los cuatro meses de su llegada. Antes trabajó como camarera y en el textil
E4	Brasil	Filología portuguesa	Profesora de portugués	Cuidado de ancianos	Necesitaba trabajar para costearse sus estudios. Lo único que encontró era como cuidadora
E5	Brasil	Estudios primarios	Cadena de montaje	Cuidado de ancianos	Lleva un año en España y nueve meses cuidando una anciana
E6	Colombia	Estudios secundarios (secretariado)	Secretaría	Cuidado de niños y de ancianos	Tardó un mes en encontrar su primer empleo: cuidadora de niños
E7	Ecuador	Estudios secundarios	Maestra	Cuidado de ancianos	Antes de un mes de establecerse en España ya empezó cuidando ancianos
E8	Ecuador	Estudios primarios	Comercio	Cuidado de ancianos y de niños	A los quince días de su llegada empezó a cuidar ancianos
E9	Ecuador	Estudios primarios	Comercio	Cuidado de ancianos	Encontró el empleo a los quince días de estar en España. Lleva cinco meses.
E10	Ecuador	Estudios secundarios	Ejército	Cuidado de ancianos	Encontró el empleo después de un año en España
E11	Colombia	Estudios primarios	Seguridad Social	Cuidado de ancianos	Encontró empleo a los quince días de estar en España
E12	Brasil	Estudios primarios	Cocinera	Cuidado ancianos, servicio doméstico y hostelería	Empezó a trabajar cuidando ancianos a los tres meses
E13	Ecuador	Estudios secundarios	Maestra	Cuidado ancianos	Al mes de estar en España empezó cuidando ancianos
E14	Ecuador	Estudios primarios	Maestra de Belleza	Cuidado ancianos	A los 20 días de estar en España empezó cuidando ancianos
E15	Bolivia	Estudios primarios	Cuidado ancianos y Comercio	Cuidado ancianos	Llegó con el trabajo apalabrado de su país.
E16	Ecuador	Estudios secundarios (Enfermería)	Ejército	Cuidado de ancianos	Al mes de estar en España empezó cuidando ancianos
E17	Ecuador	Estudios primarios	Fábrica de calzado	Cuidado de ancianos y de niños	Empezó a trabajar al tercer día cuidando a una persona mayor
E18	Ecuador	Estudios secundarios (artes gráficas)	Diseñador de artes gráficas	Cuidado de ancianos	Empezó a trabajar al mes de estar en España cuidando ancianos
E19	Bolivia	Estudios primarios	Dependencia comercio	Cuidado de ancianos	A los tres meses de estar en España empezó a cuidar ancianos
E20	Ecuador	Estudios secundarios	Estudiante	Cuidado de ancianos	Vino con el trabajo apalabrado de su país.

Número entrevista	País de origen	Cualificación	Empleo país origen	Empleo España	Tiempo que tardó en buscar empleo
E21	Bolivia	Estudios incompletos de maestra	Estudiante y empleada en una editorial	Cuidado de niños y ancianos	Al mes de estar en España empezó cuidando a unos niños. Después de un año en ese trabajo ha pasado a cuidar una anciana
E22	Bolivia	Estudios incompletos de maestra	Estudiante	Cuidado de ancianos	Al cabo de un mes en España encontró un empleo cuidando a una anciana. Sigue en este mismo trabajo.
E23	Bolivia	Estudios incompletos de auxiliar de enfermería	Estudiante	Cuidado de ancianos	Encontró empleo como cuidadora de personas mayores al cabo de dos meses de llegar al país. Sigue en este mismo trabajo desde hace algo más de un año
E24	Ecuador	Estudios secundarios	Comercio	Cuidado de niños y de ancianos	Cuida a niños durante la semana y ancianos los fines de semana, sustituyendo a una chica que está como interna. Tardó un mes en encontrar su primer empleo
E25	Venezuela	Estudios primarios	Dependiente papelería	Cuidado de ancianos	Al mes de estar en España encontró su primer empleo. Ahora mismo cuida de un hombre mayor que convive con su hija, el marido de ésta y un hijo de ambos.
E26	Bolivia	Estudios primarios	Ama de casa	Cuidado ancianos	Primero trabajó durante los fines de semana en hostelería en Madrid. Luego emigró a Pamplona donde encontró su primer empleo al cabo de quince días cuidando a una señora mayor.
E27	Colombiana	Estudios secundarios	Dependiente	Cuidado ancianos	Empezó cuidando a una señora mayor al mes y medio de llegar a Pamplona.
E28	Ecuador	Estudios universitarios (Filología alemana)	Profesora	Cuidado de ancianos	Su primer trabajo fue como cuidadora y lo encontró a los pocos días de llegar a España
E29	Ecuador	Estudios primarios	Industria textil	Cuidado de ancianos	Su primera incursión en el mercado laboral ha sido cuidando a una anciana.
E30	Ecuador	Estudios primarios	Dependiente	Cuidado de ancianos	Encontró su primer empleo de cuidados a la semana de llegar a Pamplona.

3.5.- Conclusiones

La principal vía de privatización de la asistencia dirigida a personas mayores es el servicio doméstico. La empleada de hogar se erige como figura principal en la dispensación de cuidados mercantilizados. Las ventajas que ofrece este recurso en cuanto a disponibilidad horaria y condiciones laborales son dos aspectos que inciden en su demanda junto con las deficiencias del sistema público de protección social. No obstante, en este capítulo se ha demostrado que la incorporación laboral de la mujer nativa es un factor que puede llegar a ser más influyente en la decisión de externalizar los cuidados que las propias debilidades de los servicios sociales. Tanto el trabajo de campo cualitativo como los datos de las Encuestas de Población Activa y Afiliación de Trabajadores a la Seguridad Social indican que los niveles más elevados de extranjerización del servicio doméstico se producen en las regiones en las que las tasas de paro femenino son más reducidas, a pesar de que, en alguna de ellas, como es el caso de Navarra el grado de protección social a la dependencia sea de los más completos del país. Además, las familias empleadoras de cuidadoras afirman que el motivo principal de la contratación de una cuidadora ha sido el acceso de la mujer sobre la que tendría que recaer la asistencia en un trabajo formal. En ningún momento se hace referencia a la ausencia de una red de servicios sociales adecuados ni tampoco a una mayor igualdad en el reparto de las tareas entre los miembros masculinos del hogar.

El proceso de internacionalización que está experimentando el mercado laboral español ha convertido este empleo en un verdadero nicho laboral para las personas inmigrantes. Este servicio de hogar destinado al cuidado de personas mayores se ha configurado para la mayoría de las mujeres extranjeras en el inicio de su trayectoria laboral en nuestro país. Consideradas como trabajadoras domésticas, la mayoría de ellas sin estabilidad jurídica, las necesidades asistenciales de las familias empleadoras se invisibilizan ante la ausencia de una red adecuada de servicios sociales. Al mismo tiempo se oculta la vulnerabilidad de estas trabajadoras bajo la frontera que marca la privacidad del hogar. La preferencia en la contratación de cuidadoras latinoamericanas está enraizada en un componente simbólico cultural considerado similar al español y en la generación de estereotipos relacionados con cualidades de personalidad esenciales para el desempeño de esta actividad, tales como “paciencia” y “cariño”. Se obvian los requisitos profesionales formales y se priorizan aquellos que tradicionalmente se han asociado al

carácter femenino. De esta manera, la cuidadora inmigrante desempeña el trabajo físico (limpieza del hogar) y emocional (dispensación de asistencia) que con anterioridad cubría el trabajo reproductivo de las mujeres nativas.

Capítulo 4.- El Servicio de Ayuda a Domicilio y de cómo un servicio social influye en la contratación de domésticas cuidadoras inmigrantes¹.

El Servicio de Ayuda a Domicilio se ha configurado como una prestación básica de apoyo tanto para las personas mayores como para sus cuidadores. Ofrece atención no solamente a los receptores de cuidado sino que también penetra en el seno familiar intentando mejorar las relaciones y los vínculos formados entre sus miembros. Es el único recurso de atención a domicilio efectuado por un profesional contratado desde un ente público. La razón de incorporar un capítulo dedicado al análisis del Servicio de Ayuda a Domicilio es la de **explicar las implicaciones de la política social en la contratación de mujeres inmigrantes como cuidadoras de personas mayores en régimen de empleadas de hogar.**

Comúnmente se justifica la privatización de los servicios personales debido a las deficiencias e insuficiencias de las prestaciones sociales (Cruz Roja, 2004; IMSERSO, 2005c). Sin embargo, en las regiones objeto de estudio se ha comprobado que el sector doméstico de cuidados está más desarrollado en Navarra que en Galicia a pesar de que en la Comunidad Foral existe un menor nivel de envejecimiento y una red de servicios públicos de asistencia más amplia. Recordemos que hasta el momento una primera explicación de esa diferencia se ofrecía analizando el grado de inserción de la mujer nativa en el trabajo asalariado y el nivel de extranjerización del servicio doméstico. El hecho de que la tasa de paro femenina en Galicia duplique a la encontrada en Navarra (un 14,6% frente a un 7,1%) y que el porcentaje de población extranjera en servicio doméstico varíe de un 63,6% en Navarra a un 18,9% en Galicia (ver capítulo 3), demuestra que en el territorio gallego la función de cuidados está más asentada en el seno familiar desempeñándola la mujer “ama de casa” disponible que no se ha insertado

¹ La entrada en vigor el 1 de enero de 2007 de la “Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” modificará algunas de las directrices de la política social autonómica que son analizadas en este capítulo. Debido a que es una medida legislativa de reciente implantación y a que la redacción de estas páginas se ha realizado en noviembre de 2006, no puede ofrecerse un estudio en profundidad de las implicaciones de esta legislación sobre la protección social de las regiones analizadas. Aún así, se ha procedido a redactar el apartado 4.4., cuyo objetivo es explicar el efecto inicial de esta legislación sobre la política social de Galicia y Navarra.

en el mundo laboral formal y que, seguramente, no comparta la carga del cuidado con ninguna otra agencia de provisión de asistencia (ni pública ni privada).

La disimilitud en la tendencia hacia la contratación de mujeres inmigrantes en el cuidado de las personas mayores entre Galicia y Navarra presenta otra explicación relacionada con el ámbito de las actuales tendencias de la política social. La naturaleza de la protección social en estos dos territorios y la forma en la que se entiende, se crea y se modifica ha modelado también esas diferencias. Como se muestra a lo largo de las siguientes páginas, **mientras que las medidas públicas de asistencia en Galicia delegan en manos de la familia (y por tanto, de la mujer) y en empresas especializadas la atención que reciben los mayores, en Navarra el resultado de la política social ha sido la del fomento de redes de trabajo informales dedicadas al sector de cuidados en las que se insertan mayoritariamente mujeres inmigrantes.** Utilizando como unidades básicas de estudio las ciudades de Pamplona y A Coruña (puesto que el SAD es un servicio municipal) en este capítulo se describen las características básicas de la atención a domicilio desempeñada por los Ayuntamientos de estas localidades referidas a la evolución de su nivel de cobertura y el tipo de actividades a las que el servicio está dedicado.

Para proceder ha dicho análisis se ha recabado información cuantitativa y cualitativa en los diferentes sectores que se ocupan de la gestión, organización y desempeño del trabajo de atención domiciliaria, a saber: los gobiernos autonómicos, los ayuntamientos, las asociaciones de profesionales sanitarios y las trabajadoras familiares². Ante la ausencia de datos públicos sobre las características del Servicio de Ayuda a Domicilio el trabajo de campo se ha convertido en una fuente indispensable para entender el funcionamiento de este recurso.

² En concreto, se han realizado nueve entrevistas en profundidad y un grupo de discusión. El trabajo de campo se ha desarrollado en el año 2003 en A Coruña y en los meses de marzo a mayo de 2004 en Pamplona.

Tabla 4.1.- Información cualitativa y cuantitativa utilizada para analizar el Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña y Pamplona

	PAMPLONA	A CORUÑA
INFORMACIÓN CUANTITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Informe del Ayuntamiento (Grande, 2002) - Informe de Miluce - Datos suministrados por el Ayuntamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe “Los mayores en A Coruña 2006” (Izquierdo, 2006b) - Informe “Ley Dependencia” (Martínez Buján, 2007) - Datos suministrados por el Ayuntamiento
INFORMACIÓN CUALITATIVA³	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Instituto Navarro de Bienestar Social (P1) - Entrevista coordinador trabajadoras familiares del Ayuntamiento (P2) - Entrevista responsable empresa no lucrativa que desempeña el SAD (Miluce) (P3) - Grupo discusión trabajadoras familiares (P4) - Entrevista Representante Asociación Axola (P5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista responsable ayuntamiento del SAD (C1) - Entrevistas responsables empresas no lucrativas que desempeñan el SAD: Xuntos 40 (C2), Cáritas (C3) y Cruz Roja (C4)

4.1.- Panorámica general del Servicio de Ayuda a Domicilio en España.

4.1.1.- Origen del SAD. Apuntes históricos.

La eclosión de los servicios de ayuda a domicilio se desarrolla en el estado español a lo largo de la década de los 70, aunque el concepto de “atención a domicilio” posee una notable tradición que surge principalmente entre los movimientos religiosos, encargados de la expansión de las primeras redes asistenciales. Durante el siglo XIX varias órdenes religiosas como la Orden Siervas de María o la Congregación de las Hermanitas de la Asunción desempeñaron una labor voluntaria en el cuidado de enfermos en sus domicilios. Serán las reivindicaciones de estas hermandades católicas las que promuevan la promulgación de la primera Ley de Beneficencia (1822) a partir de la cual la protección a los ancianos deja de ser una iniciativa privada de carácter caritativo para convertirse en una preocupación colectiva impulsada desde el Estado. En su título V ya regula las prestaciones a domicilio, consideradas como más efectivas que la atención en centros o instituciones y en la Segunda Ley de Beneficencia (1849) se declara que “la

³ Se utiliza el código “C” para identificar las entrevistas realizadas en A Coruña y el código “P” para las efectuadas en Pamplona.

más importante obligación de los Ayuntamientos respecto a la beneficencia consiste... en los socorros y hospitalidad domiciliaria”.

Es en el siglo XX cuando surgen las primeras normativas al respecto en diversos países europeos (Francia, Gran Bretaña, Alemania, Suiza...). Los cambios sociales acaecidos en los años sesenta, principalmente los concernientes a la institución familiar, propician el desarrollo de los servicios a domicilio. La incorporación de la mujer al mundo laboral y la generalización de la familia nuclear se configuran como aspectos clave que modelan estas transformaciones sociales (Trigueros y Mondragón, 2002:29-40).

En España, en 1970 el Ministerio de Trabajo emite una orden por la que encomienda al Servicio de Asistencia a Ancianos la organización de la Ayuda a Domicilio. En 1971, en el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a Ancianos se define la ayuda a domicilio como un servicio social destinado a pensionistas que necesitan cuidados por dificultades en su estado de salud. Se enmarca en sus inicios como una prestación del sistema de la Seguridad Social dirigida a los trabajadores afiliados (cotizantes) restringiéndose su acceso a los sectores poblacionales más necesitados (Rodríguez y Valdivieso, 2003: 11). Con la aprobación de la Constitución en 1978 comienza el desarrollo y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) quedando en las corporaciones locales la base de su gestión. Los servicios sociales pasan a ser competencia exclusiva de aquellos municipios que tengan un tamaño superior a los 20.000 habitantes⁴.

La expansión del SAD durante esta época está relacionada con el auge de los denominados “community care”. Esta nueva forma de organización de los servicios sociales, desarrollada en Gran Bretaña en la década de los años 70, tiene como objetivo fundamental la descentralización de los servicios ofrecidos en grandes instituciones residenciales y su localización dentro del entorno social del beneficiario en unidades más pequeñas. El resultado es la aparición de una red de recursos de apoyo que permiten a las personas destinatarias llevar una vida lo más independiente posible. Se establece como lugar de cuidado la comunidad y la responsabilidad principal en la

⁴ Es importante señalar que la implantación de estos servicios sociales no tiene un carácter obligatorio, sino que dependerá del grado de voluntad política y del nivel de recursos existente en cada territorio, promoviéndose de esta forma una indudable desigualdad territorial.

provisión del servicio corresponde a los miembros de la unidad familiar y a las redes sociales (amigos, vecinos, voluntarios...) (Finch, 1993). Estos servicios comunitarios experimentaron una constricción con las políticas neoliberales de la década de los 80 auspiciadas por los gobiernos británico y estadounidense (Walker, 2001: 285-306). A pesar de ese clima político internacional, en España se continúa progresando en la extensión de una política social que favorezca la permanencia en el domicilio de la persona dependiente, si bien, dicho servicio únicamente cubre las necesidades de atención residuales de la población con menos recursos y, además convive con un fomento de los centros residenciales.

4.1.2.- ¿Qué es el SAD? Concepto y definición.

La ayuda a domicilio es una prestación incluida en los programas relativos a los servicios sociales. A ellos les corresponde su gestión y puesta en práctica aunque puede requerir de un trabajo conjunto con el ámbito sanitario siendo necesaria en este caso una coordinación con los centros de salud y con los servicios hospitalarios. Es lo que se denomina generalmente como espacio sociosanitario. La percepción de necesidad del SAD corresponde tanto a las familias como a los centros de atención de primaria. De hecho, en A Coruña, una de las responsables del servicio afirma que durante el proceso de su implantación los propios profesionales promovían este servicio entre las familias recomendando su utilización (C1, Coordinadora SAD Ayuntamiento). Existen casos en los que este recurso funciona como una prestación de apoyo a las familias en las que uno de sus miembros está en convalecencia después de una enfermedad que le ha provocado algún tipo de discapacidad asociada a una dependencia. Es bastante frecuente la petición de una atención domiciliaria tras un alta hospitalaria, sobre todo, para aquellas personas de edad más avanzada.

Su objetivo básico se centra en ofrecer a determinados colectivos de población (básicamente discapacitados, personas mayores, infancia...) un servicio de atención en el hogar ante dificultades de autonomía o de crisis personal/familiar. Su misión consiste en favorecer la independencia del usuario tanto física como psíquica y social, de manera que, se promueve la autonomía vital de los usuarios mediante una mejora de las relaciones con el entorno sin olvidar los cuidados de atención personal y la realización

de las tareas domésticas. Por este motivo el servicio de atención a domicilio actúa conjuntamente con otros recursos complementarios como son los servicios de comida, de lavandería, la teleasistencia, las ayudas técnicas, las adaptaciones a las viviendas... Hay que entender el SAD desde una perspectiva amplia en la que se incluyan estas prestaciones y desde un concepto de servicio integral y comunitario de proximidad al que incluso podría denominarse utilizando su plural usando la expresión “servicios de atención a domicilio” (Rodríguez, 2003).

A pesar de que el SAD está dirigido a diferentes colectivos que pueden presentar situaciones de dependencia, las personas mayores constituyen el porcentaje más elevado de usuarios. Diversas investigaciones lo sitúan alrededor del 90% (Sancho et al., 2007; Rodríguez, 2003) por lo que los asistentes personales son especialistas en cuidados destinados a las personas de edad. Al estar la presente investigación centrada en el cuidado de ancianos las páginas siguientes describen únicamente las características que el SAD presenta hacia este colectivo. Adopto como definición básica la aportada por Pilar Rodríguez ya que ésta se encuadra específicamente dentro del SAD dirigido a la población mayor: “El SAD es un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado” (Rodríguez, 2003: 22).

Ello significa que se planifica de una manera personal, caso por caso, teniendo en cuenta la situación individual, en donde se interviene para la recuperación de las habilidades funcionales perdidas y para la prevención de futuras discapacidades. Todo ello mediante la utilización de técnicas externas que facilitan la independencia del destinatario y el uso de servicios que conducen a un bienestar físico deseable (aquel que permite la autonomía personal en todos los niveles) por lo que es necesaria una intervención en el ámbito doméstico, un apoyo psicológico, y una ayuda para el mantenimiento y reforzamiento de los vínculos familiares y con el entorno. El SAD así concebido es un recurso que no actúa de manera independiente al resto de apoyos que recibe la persona mayor, sino que interviene en conjunción con todos los servicios que conforman el entorno social y que pueden ir desde el apoyo informal (familiares, amigos, vecinos...) hasta los recursos generales de la comunidad (Trigueros y

Mondragón, 2002: 29-40). En 2006 el Servicio de Ayuda a Domicilio es el único recurso público ofrecido en España que tiene como finalidad el mantenimiento del mayor en su entorno prestando una asistencia en el hogar.

4.1.3.- Implantación del SAD en España

Aunque los datos por regiones no son los más adecuados para realizar un análisis de la implantación, funcionamiento y cobertura del SAD, ya que este servicio es de competencia municipal, las investigaciones realizadas por el IMSERSO en torno a esta materia utilizan la desagregación según Comunidad Autónoma. Un ejemplo son los informes “Las personas mayores en España” realizado para los años 2000, 2002, 2004 y 2006 y también un estudio de 1998 sobre la “Evolución y expansión del servicio de ayuda a domicilio en España” (en éste último sí aparecen algunas distribuciones según tamaño municipal) que, a pesar de la limitación espacial muestran con claridad el desarrollo del SAD en España y permiten comparar las situaciones regionales con las existentes en los contextos locales objeto de estudio (Pamplona y A Coruña).

Porto, Romero y Abad (1998) han realizado una división de la extensión de la atención domiciliaria en el territorio español según tres etapas. En primer lugar estaría la década de los 70 que corresponde a un incipiente desarrollo de los SAD municipales, siendo pioneras en su implantación las comunidades de Navarra, Madrid, Cataluña y País Vasco, concentrando estas tres últimas regiones a más del 50% de los usuarios. A partir del primer mandato de los ayuntamientos democráticos (1985) aparece el período de mayor difusión del servicio incorporándose al mismo más de 1.800 municipios (aquellos de mayor tamaño poblacional). Ya en la tercera etapa, que discurre de 1990 a 1996 (últimos datos disponibles en esa investigación), se incrementa la atención a domicilio en los municipios de menos de 10.000 habitantes (en apoyo financiero cobran importancia las Diputaciones Provinciales y las Comunidades Autónomas) reestableciéndose geográficamente el desequilibrio generado en la primera fase de implantación del servicio.

Sin embargo, y a pesar de este esfuerzo de expansión, el nivel de cobertura del SAD para la población mayor de 65 años sigue siendo muy escaso. En 1995, sólo contaban con esta prestación un 1,3% de los mayores y, aunque en el 2006 esta cifra creció cerca

del triple situándose en un 4,1%, la situación no se acerca a las previsiones realizadas por el Plan Gerontológico de 1992 que marcaba como cobertura deseable en el año 2000 un ratio de un 8% (INSERSO, 1993). Es más, todos los investigadores que trabajan en esta materia coinciden en manifestar la insuficiencia del grado de cobertura del servicio (Rodríguez, 1998; Informe Defensor Pueblo, 2000).

La eficacia del SAD se mide mediante la **intensidad y periodicidad de las horas semanales de atención recibida por usuario**. Se cuantifica el tiempo empleado en cada persona y la regularidad con la que se recibe el servicio. Pues bien, la media semanal de atención es de cuatro horas (Sancho et al., 2007) y el 46,2% de los usuarios reciben la visita de la trabajadora familiar con una frecuencia inferior o igual a los tres días a la semana (Sancho et al., 2005). El tiempo dedicado a cada persona y la frecuencia de la atención inciden en las labores prestadas por el servicio. Cuando son pocas las horas y las visitas muy espaciadas eso implica que el asistente personal se centre más en las tareas domésticas que en aquellas relacionadas con los cuidados personales. En estos casos, el SAD se convierte en un recurso para el mantenimiento del hogar y no en una atención profesional. **Son varias las comunidades autónomas que tienen más desarrollado el aspecto doméstico que el de cuidados personales**. Solamente en Baleares, Cataluña y País Vasco sucede claramente el proceso contrario. En el resto de los territorios la dedicación de las trabajadoras familiares en el mantenimiento del hogar o bien, sobrepasa ampliamente al tiempo empleado en la atención personal o bien, existe un equilibrio con respecto a la actividad asistencial (la disparidades más elevadas entre ambas tareas aparecen en las comunidades de Aragón, Canarias y Extremadura con un 70-80% del tiempo dedicado al hogar y un 20-30% destinado a los cuidados personales. Ver tabla 4.2.).

La concepción del SAD se formula entre una España doméstica y una España profesionalizada. Esta división puede ser resultado de la propia filosofía del SAD que no permite que el servicio funcione en casos de dependencias severas (en donde la necesidad de cuidados es muy amplia). **Su misión consiste en la atención a personas con un nivel moderado de discapacidad, por ello, la intensidad máxima de horas que otorga el SAD es de dos al día**. El tiempo medio es de 16 horas al mes para el conjunto estatal, destacando Galicia con una prestación de 25 horas mensuales y Canarias con 24. La baja cobertura que tiene la ayuda a domicilio en la primera región

(2,3% sobre el total de mayores de 65 años) se compensa con una dedicación más intensa por usuario.

Tabla 4.2.- Características básicas del SAD según Comunidad Autónoma, 2005

	Pob. >65 años (1/1/2006)	Usuarios	Nivel de cobertura	% cuidados	% tareas domésticas	Intensidad horaria*	Coste/hora (euros)
TOTAL	7.477.761	305.366	4,1	----	----	16,3	12,1
Andalucía	1.171.494	38.229	3,3	35	65	8,0	12,1
Aragón	261.446	9.592	3,7	30	70	10,0	10,0
Asturias	236.471	9.102	3,8	52	48	11,9	10,6
Baleares	138.277	4.325	3,1	84	16	12,3	16,0
Canarias	246.089	7.534	3,1	20	80	24,0	11,0
Cantabria	106.112	3.030	2,9	----	----	17,9	7,3
Castilla y León	570.061	23.567	4,1	----	----	18,9	12,3
Castilla-La Mancha	363.046	23.109	6,4	----	----	17,1	9,3
Cataluña	1.173.849	47.886	4,1	73	27	15,4	13,5
C.Valenciana	780.213	18.600	2,4	----	----	11,7	9,9
Extremadura	208.724	20.506	9,8	20	80	17,0	6,2
Galicia	594.506	13.932	2,3	47	53	25,1	8,4
Madrid	868.361	54.631	6,3	53	47	17,8	12,9
Murcia	188.945	3.502	1,9	35	65	16,0	10,3
Navarra	104.941	3.776	3,9	54	46	10,0	22,3
País Vasco	393.194	21.181	5,4	70	30	19,3	17,4
La Rioja	56.328	2.303	4,1	51	49	14,7	10,3
Ceuta	8.388	306	3,6	30	70	21,0	10,5
Melilla	7.316	255	3,5	40	60	21,3	20,1

Fuente: Elaboración propia a partir de SANCHO, M. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO

*La intensidad horaria es el número de horas de atención al mes por usuario.

Aún así, en el trabajo de campo que se ha desarrollado para esta investigación se ha detectado una utilización del servicio que no se corresponde con sus supuestos fundadores. Los propios trabajadores sociales entrevistados (entrevistas con código C1 y P2) aclaran que muchos de los ancianos visitados poseen una elevada dificultad para su autovalimiento, pero ante los inconvenientes que estas personas presentan para proceder a su internamiento y las cargas sociales con las que cuenta su entorno son valoradas como personas a ingresar en el SAD aunque su situación no respete los objetivos básicos del programa. La situación de sobreenviejecimiento (envejecimiento de los más mayores) en España ha derivado en un aumento de población con dependencias más severas. Los servicios de atención domiciliaria han tenido que enfrentarse a este nuevo escenario. Desde la administración no se ha podido incrementar el número de horas de atención por usuario ya que esa función cambiaría la forma de gestionar el SAD puesto que este servicio presta como máximo dos horas de asistencia. La única

forma de afrontar esta situación sin cambiar radicalmente la filosofía del servicio ha sido la de comenzar a proveer a personas con dependencias graves.

La Ley 39/2006 de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes”, en vigor desde el 1 de enero de 2007, modificará este escenario puesto que contempla en su Real Decreto 707/2007 una nueva intensidad en la protección del Servicio de Ayuda a Domicilio. Según esta nueva legislación, el SAD podrá otorgarse a personas con una Gran Dependencia o Dependencia Severa, que como se ha dicho, en la práctica ya se venía realizando por los ayuntamientos aunque no se cumpliera la normativa. Las horas mensuales de atención son el indicador que medirá la intensidad de la asistencia y se prestarán acordes al grado y al nivel de dependencia, garantizándose un nivel mínimo de prestación del servicio que, hasta el momento, dependía de la valoración individual de los entes municipales, de su capacidad de financiación y de su voluntad política. Ello conllevará a una indudable extensión de este recurso y reducirá las desigualdades territoriales, aunque según lo expuesto en esta regulación, las horas de atención no experimentarán cambios muy elevados con respecto a la asistencia que ya en la actualidad está prestando el servicio. Así, el nivel mínimo que debe garantizar el SAD es de dos a tres horas diarias en el caso de los grandes dependientes de Nivel II, que prácticamente es la misma intensidad que hasta el momento se estaba prestando como máximo para los usuarios con dependencias moderadas.

Tabla 4.3.- Intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio según la Ley 39/2006 (regulada en el Real Decreto 727/2007)

Grado Dependencia	Horas mensuales de atención
Gran Dependencia	
Nivel II	Entre 70 y 90
Nivel I	Entre 55 y 70
Dependencia Severa	
Nivel II	Entre 40 y 55
Nivel I	Entre 30 y 40

Fuente: Real Decreto 727/2007 publicado en el BOE nº138 de 9 de junio de 2007

4.2.- El Servicio de Ayuda a Domicilio en Pamplona

4.2.1.- Inicio y cobertura del SAD en Navarra

Para buscar los antecedentes del SAD en Navarra hay que remontarse a 1975 cuando existe un incipiente servicio de atención a ancianos, promovido por varias instituciones de importante tradición en materia de voluntariado y asistencia, Cáritas y la Cruz Roja, participando también en esta gestión el Ayuntamiento de Pamplona. En 1976, se realiza por primera vez un esfuerzo de coordinación relativo a la asistencia geriátrica entre todas las fundaciones culminando con la firma de un convenio a partir del cual se forman los principios de la Atención Domiciliaria. Comienza así un servicio pionero de cuidado comunitario aportando estas tres entidades tanto el personal como la ayuda económica necesarios. En 1979, antes del inicio de los ayuntamientos democráticos, la entonces Diputación Foral absorbe este servicio que define como: “Un Servicio Público de carácter Social, con personal profesional especializado, destinado a las personas mayores de 65 años, que viven en sus domicilios, encaminado a restablecer, mantener e incrementar su nivel de bienestar físico, psíquico y social, mediante la prevención y asistencia contribuyendo a que pueda continuar en su hogar mientras sea posible”. El servicio depende del Gobierno de Navarra hasta 1998, momento en el que se completa la transferencia al Ayuntamiento de Pamplona, tal y como marcaban los postulados de la Constitución referentes a las competencias de las corporaciones locales.

“El SAD de Navarra surge en 1979 con la iniciativa de lo que era el Ayuntamiento de Pamplona y la Cruz Roja y posteriormente lo asume el Gobierno de Navarra. Se inicia la prestación del SAD solamente en las dos localidades más importantes de Navarra que son Tudela y Pamplona. Posteriormente se desarrolla la Ley de Servicios Sociales de Base en el 86-87 y entonces se establece como programa específico, no como programa general, sino específico desde los Servicios Sociales de Base y, por lo tanto, de competencia municipal. Esto se produce en un desarrollo paralelo: es decir, que mientras el Gobierno de Navarra mantiene el SAD de Pamplona y de Tudela, el resto de las entidades locales desarrollando los otros servicios sociales de base. Posteriormente se produce la transferencia del SAD de Tudela en el 90 y del SAD de Pamplona por parte del Gobierno en el 97” (P1, Responsable del INBS).

Desde ese momento, la prestación de este servicio domiciliario se divide en dos modalidades:

- 1) La **atención directa**, que será aquella que se produce en el seno del domicilio de la persona anciana por parte de una trabajadora profesional y que actúa en torno a cuatro modalidades: una referente al nivel social (activación de las redes informales del entorno), otra en el ámbito sanitario (promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación) y dos más, relativas a prestaciones domésticas (mantenimiento del hogar, realización de comidas y aseo personal básico) y prestaciones recreativas (vacaciones, biblioteca volante, compañía a domicilio). Su gestión corresponde a los servicios de atención a domicilio municipales y la asistencia puede tener una duración máxima de dos horas diarias.
- 2) Las **ayudas económicas**, que consisten en una cantidad monetaria proporcionada directamente al beneficiario y son gestionadas por el Instituto Navarro de Bienestar Social del Gobierno Foral (INBS). Se conceden cuando el tiempo de cuidados necesario es mayor a dos horas diarias pero nunca superior a cinco.

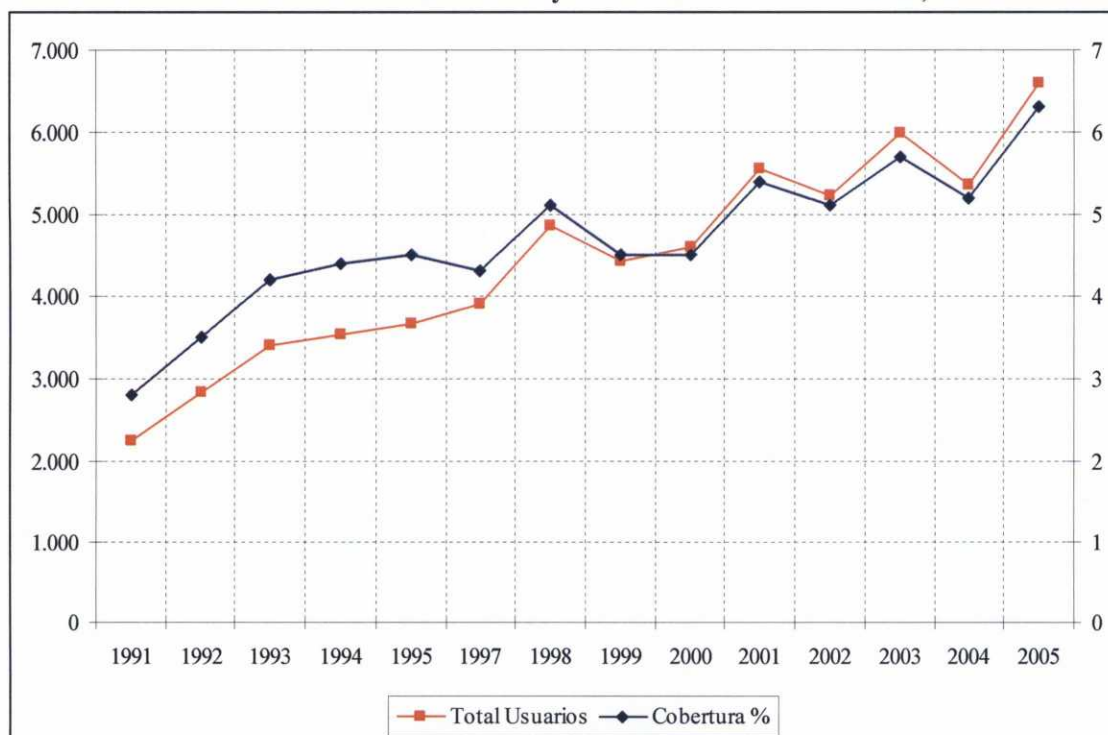
Navarra es una de las comunidades pioneras en la extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio siendo este recurso uno de los más potentes de todo el país. Con sus 6.577 usuarios en ambas modalidades alcanza un 6,3% de cobertura entre las personas mayores de 65 años, aunque este porcentaje de asistencia es superado por algunas comunidades como Extremadura, Castilla-La Mancha y Madrid (Sancho et al., 2007). El incremento en la recepción del servicio ha sido constante a pesar de los pequeños descensos experimentados en su cobertura en los años 1997, 2000 y 2004.

Tabla 4.4.- Evolución del número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de Navarra, 1991-2005

Año	Total Usuarios	Cobertura %
1991	2.246	2,8
1992	2.831	3,5
1993	3.394	4,2
1994	3.524	4,4
1995	3.653	4,5
1997	3.885	4,3
1998	4.851	5,1
1999	4.404	4,5
2000	4.593	4,5
2001	5.551	5,4
2002	5.208	5,1
2003	5.969	5,7
2004	5.358	5,2
2005	6.577	6,3

Fuente: Elaboración propia a partir de: Sancho, M. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO; INE, Padrón Municipal de Habitantes; INBS (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005), *Memoria de Actividad del Instituto Navarro de Bienestar Social*, Pamplona, Gobierno de Navarra (en web, www.cfnavarra.es/inbs); IMSERSO (2006), *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, número 22 (en web <http://www.imsersomayores.csic.es>)

Gráfico 4.1.- Evolución número usuarios y cobertura del SAD en Navarra, 1991-2005



Fuente: Elaboración propia a partir de: Sancho, M. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO; INE, Padrón Municipal de Habitantes; INBS (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005), *Memoria de Actividad del Instituto Navarro de Bienestar Social*, Pamplona, Gobierno de Navarra (en web, www.cfnavarra.es/inbs); IMSERSO (2006), *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, número 22 (en web <http://www.imsersomayores.csic.es>)

Si distinguimos a los usuarios según la modalidad de SAD se observa una primacía del servicio de atención directa sobre la prestación económica. Aunque en los años 2001 y 2002 se aprecia un descenso en la modalidad de la prestación del servicio y con dos años de retraso, en la ayuda monetaria. Esta distinción de los usuarios según clase de prestación que perciben no es trivial. El Plan Gerontológico de Navarra (1997-2000) recomienda la promoción de la atención directa por encima de la ayuda económica hasta alcanzar en el año 2000 un 5% la primera modalidad y un 1% la segunda, objetivos que no se han alcanzado. La tardanza en la transferencia del servicio de atención directa en el Ayuntamiento de Pamplona ha generado que este municipio tenga una de las más bajas coberturas de toda la comunidad en esta modalidad (1,6% en 1997) y, por ese motivo, se promovió en esta zona el apoyo mediante ayudas económicas, que alcanzan una cobertura del 3,4% en Pamplona y tan sólo del 1,1% en el resto de Navarra (Plan Gerontológico 1997-2000: 88). Como puede observarse en la tabla 4.5., en el año 2005 la prestación económica ha alcanzado su más alto nivel de cobertura desde 1997, situándose en un 2,7%. Ello hace pensar en que la administración está fomentando esta subvención.

Tabla 4.5.- Modalidad Atención a domicilio: número de usuarios y cobertura sobre el total de mayores de 65 años en Navarra, 1997-2003

Año	Usuarios		Cobertura	
	Atención directa	Ayuda económica	Atención directa	Ayuda económica
1997	2.225	1.660	2,5	1,8
1998	2.966	1.885	3,1	2
1999	2.926	1.478	3,0	1,5
2000	2.938	1.655	2,9	1,6
2001	3.713	1.838	3,6	1,8
2002	3.174	2.034	3,1	2,0
2003	4.179	1.790	4,0	1,7
2004	3.746	1.612	3,6	1,6
2005	3.776	2.801	3,6	2,7

Fuente: Elaboración propia a partir de: SANCHO, M. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO; INE, Padrón Municipal de Habitantes; INBS (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005), *Memoria de Actividad del Instituto Navarro de Bienestar Social*, Pamplona, Gobierno de Navarra (en web, www.cfnavarra.es/inbs); IMSERSO (2006), *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, número 22 (en web <http://www.imsersomayores.csic.es>)

4.2.2.- La dispensa del cuidado desde la modalidad de atención directa.

A pesar de que la atención a domicilio es competencia municipal, su financiación debe repartirse a partes iguales entre la administración central, la autonómica y la entidad local, según las indicaciones del Plan Concertado. Sin embargo, en muchas comunidades no se cumple esta directriz. En el caso de A Coruña, por ejemplo, el SAD es subvencionado en un 90% por el Ayuntamiento de esta ciudad. Dicho incumplimiento afecta a la ampliación del servicio y dificulta la contratación de personal. Por lo tanto, es bastante frecuente que ante la ausencia de la financiación adecuada, los trabajadores que prestan el SAD se limiten a la plantilla fija que es capaz de mantener el propio ayuntamiento, o que éste opte por subcontratar la prestación del servicio a empresas privadas con la finalidad de reducir costos laborales.

En Pamplona se ha seguido la fórmula de gestionar el SAD desde el Ayuntamiento en colaboración con otra entidad ajena al mismo. La provisión de la atención directa se realiza por parte de la corporación local junto con la participación de una empresa privada sin ánimo de lucro, llamada MILUCE, a quien el propio organismo municipal le ha encargado esta gestión. Estamos ante una modalidad bastante común entre los municipios con un nivel más elevado de recursos, que eligen transferir la gestión del SAD a una empresa privada como forma de optimizar la eficacia y la eficiencia⁵. Dicho sistema mixto comenzó en 1998 cuando estaba en el poder un gobierno tripartito (con el PSOE, IU y UPN) siendo en ese año cuando también se completó la transferencia del SAD desde el Gobierno de Navarra al Ayuntamiento de Pamplona⁶.

⁵ En este caso, la empresa colaboradora es sin ánimo de lucro, tal y como sugiere la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales en su capítulo 7, cuando indica que: "... podrán tener la consideración de "entidades asociadas", aquellas que sin ánimo de lucro se adecuen a las normas y programación de la administración sometiendo sus programas y presupuestos económicos y de calidad en el trabajo social, al control de los poderes públicos. Asimismo deberán garantizar la misma participación en la gestión exigida a los centros de la Administración. Solamente con el cumplimiento de estos requisitos podrán recibir las ayudas precisas por parte del Gobierno de Navarra".

⁶ Porto, Romero y Abad (1998) establecen una tipología de la gestión del SAD entre las diversas modalidades encontradas en los municipios españoles. A fin de alcanzar una mejor conceptualización y conocimiento del servicio han distinguido las siguientes:

- Gestión directa: el servicio se presta con personal contratado directamente de la Corporación.
- Gestión indirecta: Se contrata el servicio a través de conciertos con entidades con o sin ánimo de lucro.
- Ayudas en metálico: Se conceden ayudas económicas a los usuarios, quienes contratan su propio personal o servicio.
- Mancomunidad de municipios: Los municipios se agrupan para crear mancomunidades que gestionan el SAD en sus ámbitos territoriales.

Esta diversificación en la gestión ha introducido una mayor complejidad en la organización del SAD, configurándose un servicio dividido en cuanto a las características de los destinatarios, el tipo de atención que reciben y la situación de los propios trabajadores (salarios, número de empleados, horarios de atención). En un principio, el objetivo era que el volumen del servicio se repartiera en un cincuenta por ciento entre cada una de las dos entidades. Esta situación nunca se ha logrado. En el año 2001 el ayuntamiento gestionaba 50.162 de las horas del servicio y a MILUCE le correspondían 98.987 horas. Puede decirse que el SAD se reparte entre una y otra institución en un porcentaje de 70 a 30 favorable para la empresa contratada. Nunca se ha alcanzado la equiparación entre ambos modelos. El propio responsable de MILUCE reconoce esta situación:

“Cuando se externalizó el servicio de atención a domicilio a MILUCE, se hizo con la finalidad de repartir los usuarios entre el Ayuntamiento y nosotros. Es decir, a un 50%. Pero esa no es la realidad. La verdad es que cada vez nos llegan más casos”.
(P2, Responsable de MILUCE.)

Para analizar las diferencias en las **características de los usuarios** de la empresa MILUCE y los asistidos por parte del Ayuntamiento son útiles los datos proporcionados por una investigación encargada al Área de Economía de la UPNA que tiene por título “Proyecto de Implantación de Indicadores” (Grande, 2002) en donde se realiza un estudio del Servicio de Ayuda a Domicilio de Pamplona. Las cifras arrojan resultados muy interesantes sobre la valoración del servicio por parte de los propios destinatarios y las peculiaridades tanto del tipo de asistencia que prestan ambas entidades como las características de los usuarios a los que atienden. El cuidado aparece catalogado en cuatro categorías: atenciones intensivas, esporádicas, extraordinarias y de mantenimiento, distribuidas de la siguiente forma según su frecuencia de aparición:

-
- Concertada con la Diputación: La Diputación apoya y organiza en parte la prestación del servicio en zonas que agrupan un conjunto de municipios pequeños.
 - Otras: Figuran sobre todo los conciertos con otros organismos, CC.AA., etc.

Estos autores resaltan que “el incremento de la modalidad indirecta de gestión es el rasgo más acusado de la evolución de la manera de gestionar el SAD en los últimos años entre los municipios de más de 20.000 habitantes. En 1990, el 88% de los municipios gestionaban directamente el SAD, y solamente lo gestionaban de manera indirecta el 37%. En 1995, la gestión directa se practica en el 56% de estos Ayuntamientos, mientras que la gestión indirecta está presente en el 53% de los casos” (Porto, Romero y Abad, 1998: 70).

Tabla 4.6.- Intensidad del SAD de Atención Directa en Pamplona

TIPO DE ATENCIÓN	
Atención intensiva	24,5
Asistencia extraordinaria	14,2
Asistencia de mantenimiento	46,8
Asistencia esporádica	13,8
TOTAL	100,0
ANTIGÜEDAD	
< 1 año	22
Entre 1 y 3 años	60
> 3 años	18
TOTAL	100,0

Fuente: GRANDE, I. (2002), *Servicio de Atención a Domicilio. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pamplona. Estudio de Indicadores* (inédito)

Según esta clasificación estaría, por un lado, aquella prestación en la que predomina la atención personal y en donde es mayor la frecuencia en la recepción de la atención. Se dirige a mayores con un grado severo de dependencia y se divide entre la **atención intensiva** y la **atención extraordinaria**. La **atención intensiva** tiene una frecuencia diaria y en ella se priorizan las necesidades personales de los usuarios (aseo, cuidado del pelo, levantar-acostar, ayuda para comer, ejercicios de rehabilitación...) frente a actividades de mantenimiento doméstico. Reciben esta atención el 24,5% de los beneficiarios y la valoración que realizan estas personas del servicio es muy buena, sobre todo, cuando se trata de las trabajadoras familiares, a las que un 85% de los encuestados otorgan el máximo grado de amabilidad, confianza y competencia profesional. La **atención extraordinaria** tiene una media de 6 horas semanales de atención, siendo una asistencia diaria en el 40% de los casos. Está destinada a cubrir únicamente necesidades de cuidado personal de mayores con un elevado nivel de dependencia. Los usuarios también realizan una buena valoración de esta atención ya que consideran que sus demandas asistenciales han sido cubiertas. El 14,2% del total de destinatarios reciben este tipo de atención extraordinaria, quedando cubierta en el 85% de los casos desde el ente externo (Grande, 2002).

Por otro lado, aparece una asistencia destinada a personas con una dependencia moderada, es decir, que todavía mantienen una cierta autonomía personal. La atención también se etiqueta bajo dos fórmulas: la **atención esporádica** y la **atención de mantenimiento**. La **atención esporádica**, que aparece en el 13,8% de los destinatarios, posee una media de dos horas de atención con una frecuencia quincenal o trimestral. El menor grado de asistencia se explica por el bajo nivel de dependencia de sus usuarios.

Se caracteriza por priorizar la ayuda doméstica frente a las relacionadas con los cuidados personales. Son los usuarios que llevan más tiempo recibiendo el servicio, sin embargo, son los que adoptan una actitud más crítica a la hora de valorarlo, ya que consideran que no se ha llegado a una cobertura adecuada de sus necesidades. La **asistencia de mantenimiento** es la más extendida entre las personas que reciben el SAD (46,8%). Se caracteriza por tener una media de 2,5 horas de atención que en el 90% de los casos es semanal. El servicio ofrecido es principalmente doméstico. En general, consideran que sus necesidades, con este tipo de atención están cubiertas, aunque en algún aspecto en concreto se muestran más críticos (limpieza de habitaciones). En el 52,3% de los casos es el Ayuntamiento quién les proporciona el servicio.

En definitiva, el servicio de atención directa en Pamplona está destinado en el 60% de sus usuarios a constituir un apoyo en la realización de las labores domésticas, mientras que el 40% de los beneficiarios reciben una atención dedicada a los cuidados personales. El nivel de dependencia determina el tipo de atención recibido así como la entidad que se ocupa del servicio. El servicio ofrecido por MILUCE se centra en aquellos asistidos con mayor dificultad para su autovalimiento, por lo que reciben una atención diaria con una frecuencia media de cuatro horas semanales. La atención es principalmente intensiva o extraordinaria, las fórmulas que requiere un número más elevado de horas de asistencia destinadas a satisfacer las necesidades personales. El servicio ofrecido por el Ayuntamiento atiende a los usuarios con un nivel de dependencia moderado o leve, siendo el SAD un complemento para el mantenimiento doméstico.

Además, las entrevistas en profundidad realizadas tanto al coordinador del SAD del ayuntamiento, como al responsable de MILUCE y a las trabajadoras familiares, coinciden en afirmar que existen diferencias apreciables en cuanto a las **características de las personas que son atendidas por ambos organismos. Los usuarios con mayores dificultades de autovalimiento son atendidos por la empresa externa, mientras que el Ayuntamiento recoge las demandas de usuarios con menor grado de dependencia.** De ahí que la media de horas de atención haya sido en el Ayuntamiento para el año 2001 de 58,8 (horas/usuario) y en MILUCE se doblase esa cantidad alcanzando 104,6 horas de asistencia. Es decir, mientras las trabajadoras a

domicilio del Ayuntamiento dispensan tareas principalmente de mantenimiento y esporádicas, las auxiliares contratadas por MILUCE se ocupan de la atención intensiva y extraordinaria.

“Desde 1998 se empiezan a pasar a MILUCE los casos que el Ayuntamiento no puede contratar. Es decir, aquellos que requieren una atención de más tiempo, o sea, de las personas más dependientes, porque el SAD del Ayuntamiento dura de 8 de la mañana a tres de la tarde y hay personas que es preciso atender por las tardes”. (P2, Coordinador SAD Ayuntamiento)

“Nosotros atendemos a personas con graves dificultades de autovalimiento. Casos más difíciles de los que atienden desde el ayuntamiento. Aunque también tenemos usuarios de atención esporádica, de éstos, que tienen una limpieza cada tres meses [...] Eso no tendría que formar parte de la atención directa, pero bueno, las cosas funcionan así y se da ese servicio esporádico”. (P3, Responsable de MILUCE).

4.2.3.- El perfil de las trabajadoras que dispensan la atención directa: nativas...¿profesionales?

El de nivel de dependencia del usuario determina, por tanto, la entidad que prestará la atención directa. Dicha situación no tendría mayor importancia si no fuera por las diferencias en cuanto a formación y condiciones laborales existentes entre las auxiliares a domicilio contratadas por el Ayuntamiento y por MILUCE.

MILUCE como entidad sin ánimo de lucro contrata a mujeres que tienen algún problema de inserción laboral. Suelen ser trabajadoras con una edad superior a los 40 años, con difícil incorporación en el mercado de trabajo, o con algún tipo de carga familiar propiciada por el carácter monoparental de su familia. El 82,7% de las trabajadoras familiares contratadas por MILUCE tienen más de 40 años y el 9,6% poseen cargas familiares no compartidas⁷. Por ello, en el interior de esta empresa se realizan las denominadas como “acciones de acompañamiento” dirigidas a mejorar la situación social de estas empleadas. Aunque la mayor parte de estas trabajadoras tienen estudios, en concreto, el 33,6% ha finalizado Formación Profesional y el 20% posee una instrucción universitaria, la formación específica en gerontología no siempre puede ser la adecuada. Desde MILUCE se organizan los cursos de “Cuidado y atención de ancianos”, pero el propio responsable de esta empresa reconoce que existen casos en los que no es posible que la trabajadora tenga ese curso realizado. Se trata de ocasiones en las que es necesario cubrir altas urgentes o sustituir una baja laboral de alguna

⁷ Datos ofrecidos por la Empresa MILUCE (31/12/2002).

trabajadora. En estos casos, puede suceder que se proceda a la contratación de personal que no posea ningún conocimiento reglado específico sobre la asistencia a personas mayores. Sin embargo, en el Ayuntamiento no se contrata a ninguna trabajadora que no haya obtenido una cualificación formal en gerontología.

“Hay veces en que no nos da tiempo a formar a la trabajadora, pero eso sí, valoramos para su contratación la experiencia y conocimientos en enfermería”. (P3, Responsable de MILUCE).

“Desde el Ayuntamiento es imprescindible para acceder al trabajo de auxiliar a domicilio poseer un curso reglado” (P2, Coordinador SAD Ayuntamiento).

Es decir, los mayores más vulnerables, los que poseen un grado de dependencia más severo, aquellos que reciben una atención personal más frecuente dirigida a rehabilitar sus capacidades funcionales son cuidados por trabajadoras menos expertas.

Las condiciones laborales de las empleadas difieren en ambas entidades. La externalización del servicio propiciada principalmente para reducir los costos del SAD dentro de la Administración **ha repercutido en la precarización del sector de cuidados** puesto que las trabajadoras de MILUCE presentan unas condiciones de trabajo más desfavorecidas. A pesar de ocuparse de los usuarios con un nivel de dependencia más severo padecen una situación de mayor vulnerabilidad laboral. El abaratamiento de la mano de obra y la flexibilidad laboral han segmentado la categoría profesional “trabajadora familiar” en torno a cuatro ejes:

- 1) **Horario laboral.** El horario de trabajo de las profesionales del Ayuntamiento se desarrolla en días laborales de siete y media de la mañana a tres de la tarde. El tiempo laboral de las trabajadoras de MILUCE se reparte a lo largo de todo el día e incluso los fines de semana. Por ello, la empresa externa es más flexible a las necesidades existentes en cada familia.

“Es más, en muchos casos, el ayuntamiento nos delega estos casos por los propios horarios que tienen las trabajadoras familiares que trabajan para el ayuntamiento. Entran a las 7:30 de la mañana y salen a las 3. Hay personas a las que les viene mejor que las atiendan por la noche, pues porque, a lo mejor, el cuidador o cuidadora principal no está. Entonces, esos casos vienen a parar a MILUCE”. (P3, Responsable de MILUCE).

“Y encima trabajan de ocho a tres, con lo cual si tienes suerte que a tu abuelo lo levanten a las diez, has tenido suerte, pero si te lo levantan a las ocho o te lo levantan a las dos pues mejor que no vayan”. (P1, Responsable INBS).

- 2) **Estabilidad.** La estabilidad laboral es mucho mayor entre las trabajadoras familiares que forman parte de la plantilla del Ayuntamiento. Es más, de las 40 trabajadoras familiares que están incorporadas a esta entidad, siete de ellas, son funcionarias⁸. Dentro de MILUCE, aunque la empresa se propone hacer frente a la eventualidad y su objetivo es poder realizar el mayor número de contratos indefinidos, todavía, el 36% de las trabajadoras tienen un contrato por “fin de obra”⁹.
- 3) **Salario.** Las trabajadoras familiares del Ayuntamiento de Pamplona tienen reconocido como salario el Nivel D, mientras que las empleadas de MILUCE se rigen por los convenios colectivos existentes en la comunidad.
- 4) **Otras condiciones.** También existen diferencias desfavorables para las mujeres que trabajan en MILUCE en cuanto a otras condiciones laborales, como es el pago por los desplazamientos de un hogar a otro o la antigüedad. El discurso de las propias trabajadoras familiares del Ayuntamiento recoge esta situación:

“P: ¿Y creéis que las personas contratadas por otras empresas, como Miluce, tienen unas condiciones laborales más desfavorables que las vuestras?”

Todas: Sí, sí.

E2: La empresa privada siempre tiene condiciones desfavorables. Si nosotras podemos tener las reuniones reconocidas como horario de trabajo pues ellas no, el desplazamiento también.

P: Los desplazamientos de una casa a otra, ¿se contabilizan como tiempo de trabajo?”

Varias al mismo tiempo: En nuestro caso sí.

P: En el ayuntamiento.

E4: Las empresas privadas o en las mancomunidades, no” (P4, Grupo de discusión entre trabajadoras familiares del Ayuntamiento).

A pesar de estas diferencias en las condiciones laborales, desfavorables para las trabajadoras familiares de MILUCE, los usuarios que mejor valoran y más satisfacción encuentran en el SAD, son aquellos que reciben la asistencia por parte de esta empresa y no por parte del Ayuntamiento: “Con respecto a su satisfacción y valoración del servicio, cabe decir, que presentan un grado de satisfacción global superior a la media. En el 76% de los casos en los que el usuario manifiesta que el servicio ha supuesto más de lo que esperaba, se trata de personas que lo han recibido desde MILUCE. Además, el

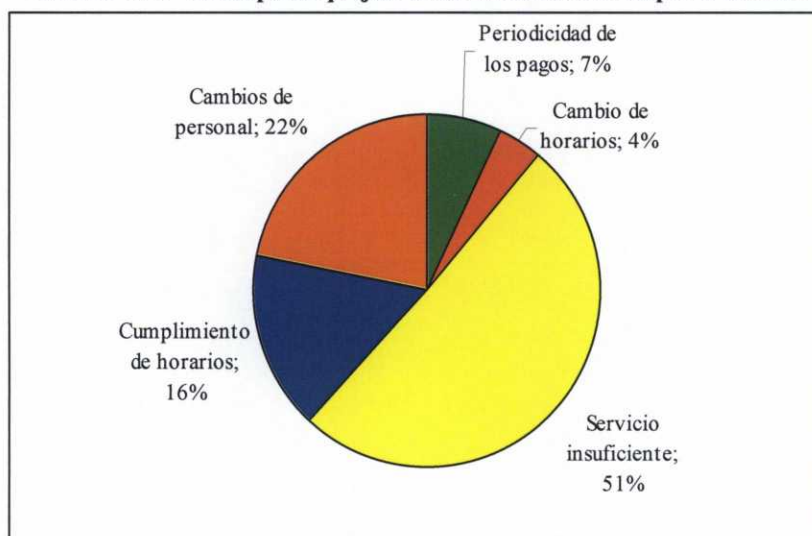
⁸ Datos ofrecidos por el Ayuntamiento.

⁹ Datos ofrecidos por la empresa MILUCE (a 31/12/2002).

78% de las personas que afirman que el servicio ha mejorado su situación familiar coincide con las personas que son atendidas por MILUCE” (Grande, 2002)

Este desigual grado de satisfacción está relacionado con el tipo de personas que son atendidas por ambas modalidades. Hay que tener en cuenta que la empresa contratada ofrece una asistencia de más duración y se ocupa principalmente de tareas relacionadas con los cuidados personales. Desde el Ayuntamiento se da una asistencia menos especializada y durante menos tiempo. Si tenemos en cuenta que las principales quejas de los usuarios se refieren a los aspectos de duración del servicio, entendemos que las personas más insatisfechas tienen que ser aquellas que reciben el SAD por parte de la administración. Por lo tanto, es posible que la insatisfacción esté más vinculada al tipo de servicio prestado que a la atención recibida por las profesionales.

Gráfico 4.2.- Principales quejas de los usuarios con respecto al SAD



Fuente: GRANDE, I. (2002), *Servicio de Atención a Domicilio. Área de Servicio Sociales del Ayuntamiento de Pamplona. Estudio de indicadores* (inédito).

Sin embargo, la introducción de una empresa externa como agente de provisión del servicio de ayuda a domicilio ha dado lugar en Pamplona a una serie de inconvenientes que afectan al colectivo con dependencia y a las personas empleadas en la dispensación de la atención directa. **A pesar de que éstos muestran un elevado grado de satisfacción los beneficiarios con niveles más graves de dependencia son asistidos por auxiliares con menor nivel de formación, situación que puede minar la propia filosofía del SAD.** Desde el Ayuntamiento se dispensa algo menos de una hora atención de media por usuario, con lo cual, no se pueden cumplir en todos los casos los objetivos

básicos del SAD en atención directa, como es la mediación familiar, la educación en temas de dependencia al cuidador principal..., centrándose prácticamente en temas de ayuda doméstica, sobre todo, en aquellos casos en los que el SAD es quinquenal, mensual o incluso semestral.

En cuanto a las repercusiones sobre las trabajadoras familiares destaca la **segmentación del sector laboral de las trabajadoras a domicilio**, puesto que, por una parte tenemos a las empleadas municipales con un trabajo más estable, con un mejor salario, con mayores posibilidades de sindicación y con cursos de formación subvencionados; y, por otro lado, aparecen las mujeres contratadas por la empresa privada con un empleo esporádico que depende de los casos que el ayuntamiento quiera delegar en cada momento y con un trabajo más duro debido a que se centran en la atención a personas con un nivel de dependencia severo o total.

4.2.4.- Inmigrantes sin cualificar para empleadores dependientes.

La protección económica de la dependencia en la Comunidad de Navarra forma parte del programa legislativo que estructura el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Como se ha dicho, el SAD es un servicio social de competencia municipal cuya función es restablecer o mantener a personas dependientes o discapacitadas su nivel de bienestar físico, psíquico o sensorial de manera que la asistencia se produzca dentro del hogar de la persona afectada, sin que pierda así, el contacto con su medio natural de convivencia. A partir de esta definición la imagen del SAD es la de un servicio de asistencia pública y no una prestación económica. Y así es, aunque en Navarra presenta una excepción ya que en la comunidad foral conviven dos modalidades del SAD: la **atención directa**, que mantendría la filosofía originaria descrita y que por ley consta de una asistencia máxima de dos horas diarias (cuya gestión corresponde a los municipios) y la **modalidad de ayudas económicas**¹⁰, que es la estudiada en el presente apartado, dirigida a aquella población mayor de 65 años que requiera un tiempo superior de atención (cuya gestión se realiza desde el Gobierno de Navarra).

¹⁰ Desde enero de 2007 la modalidad de ayuda económica del Servicio de Ayuda a Domicilio pasa a denominarse "Ayuda Económica para Personas Dependientes". La finalidad de esta modificación es realizar la adecuación de esta subvención con las incorporadas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este cambio es recogido en la Orden Foral 293/2006 de 22 de diciembre (BON número 156 del 29/12/2006) y sus implicaciones se analizan en el apartado 4.4 de este capítulo.

El origen de la modalidad de ayudas económicas se sitúa a mediados de la década de los ochenta cuando se percibe una **modificación en el perfil de los usuarios del SAD**. Los demandantes del SAD eran hasta entonces una persona mayor, sola o viviendo con su pareja también mayor, sin familia que se haga cargo de sus necesidades y que necesitan una atención personal en aspectos relacionados con el aseo, la higiene y el mantenimiento doméstico del hogar. La responsable de este ámbito en el Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS), organismo autonómico encargado de la concesión de esta prestación económica, nos describe así el primer perfil:

“Esporádicamente necesitaba una limpieza extraordinaria, hacerle la compra, la comida, lavarle la ropa y también otra serie de gestiones, porque era de un nivel cultural bajo y entonces se hacía gestiones de pensiones, de ayudas económicas, de gestión para la silla de ruedas, era un programa más polivalente y más dirigido hacia ese perfil” y la “frecuencia era semanal, quinquenal...” (P1, Responsable del INBS).

Asociado al envejecimiento de la población y al crecimiento del colectivo mayor de ochenta años afloran unos niveles de dependencia más severos que requieren una atención de mayor continuidad e intensidad. El perfil básico del usuario actual es el de un anciano que ha sufrido un proceso de deterioro físico a causa de un agravamiento de su enfermedad o por algún accidente que le ha generado o agravado una dependencia habitual y en el momento de salir del hospital la familia se enfrenta a la provisión de los cuidados necesarios. **De la acentuación de la dependencia nace el programa de ayuda económica**. Las nuevas demandas de atención en el hogar se dirigen a una atención más frecuente y prolongada más allá de las dos horas máximas que facilita el programa de atención directa del SAD. La prestación económica surge para mantener al anciano dependiente severo en su entorno habitual y apoyar a las familias en la provisión de sus cuidados. Otra vez, da cuenta de este giro en el perfil social del demandante de SAD, nuestra entrevistada:

“¿Qué ocurre con el proceso del tiempo y que ya empezó a pasar en el 85? Que aumentó la dependencia de los usuarios que venían a solicitar el SAD. Que es un elemento determinante, de tal manera, que hoy el perfil SAD es familia, que de repente, se ve involucrada por un alta hospitalaria, por una crisis aguda, con un abuelo que no ha convivido normalmente, o sí ha convivido y tiene una dependencia total y absoluta y la familia no le puede atender. Entonces estamos hablando de otro perfil. A ese perfil no tiene más que dos opciones: o se apoya a la familia o se va a una residencia [...] Entonces, ya desde el 84-85 se vio que el perfil de usuario que acudía al programa SAD ya no era el que necesitaba de las prestaciones de SAD, sino otro perfil y se incorporó el programa que llamamos Ayudas Económicas de atención a domicilio” (P1, Responsable del INBS).

Esta ayuda económica consiste en la subvención por parte del Gobierno de Navarra mediante una especie de “**salario mensual**” a aquellas familias que están a cargo de una persona dependiente de edad avanzada **para que contraten a un trabajador que se ocupe de sus necesidades. Este programa también incorpora los costos para la Seguridad Social de dicho empleado.** La gestión y la financiación de las ayudas económicas se realizan desde el Gobierno de Navarra siendo la entidad responsable el Instituto Navarro de Bienestar (INBS).

El importe de la ayuda se establece en función de los ingresos que percibe el hogar del receptor: “La modalidad de ayudas económicas para Atención a Domicilio se conceden desde el Instituto Navarro de Bienestar Social a personas mayores de 65 años que requieren atención diaria superior a las dos horas. La finalidad de estas ayudas es subvencionar la contratación de una persona que cubra las atenciones para el tiempo que se establece la ayuda. En esta modalidad el usuario recibe, por tanto, una ayuda económica en función del número de horas de atención concedidas (de 2 a 5 horas como máximo). El importe de la ayuda a recibir está sujeto a un baremo según ingresos del núcleo de convivencia” (Aguilar et al, 2002), siendo el importe medio de la prestación para el año 2004 de 337,4 euros aunque puede llegar a alcanzar los 500 euros (INBS, 2004). Así mismo, el número de personas beneficiarias fue de 2.801 en 2005, por lo que el ratio de usuarios sobre el colectivo mayor de 65 años es de un 2,7%. Ello significa que existe una primacía de la atención directa en el SAD, puesto que esa modalidad cubre al 3,6% de los mayores, aunque en el último año se ha potenciado la subvención económica.

Tabla 4.7.- Modalidad Ayuda económica: número de usuarios y cobertura sobre el total de mayores de 65 años en Navarra, 1997-2005

	Usuarios	Cobertura
1997	1.660	1,8
1998	1.885	2,0
1999	1.478	1,5
2000	1.655	1,6
2001	1.838	1,8
2002	2.034	2,0
2003	1.790	1,7
2004	1.612	1,6
2005	2.801	2,7

Fuente: Elaboración propia a partir de: SANCHO, M. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO; INE, Padrón Municipal de Habitantes; INBS (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005), *Memoria de Actividad del Instituto Navarro de Bienestar Social*, Pamplona, Gobierno de Navarra (en web, www.cfnavarra.es/inbs); IMSERSO (2006), *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, número 22 (en web <http://www.imsersomayores.csic.es>)

La prestación económica se vincula con dos variables: el **grado de dependencia** del mayor y la cuantía de los **ingresos** de su unidad de convivencia. El dinero se otorgaría a aquellos casos de máxima dificultad de autovalimiento y de existencia de menores recursos económicos dentro del hogar. En este sentido, **estamos ante una política cuyo objetivo es compensar el deterioro físico unido a la escasez de recursos familiares, mediante la procura de un ingreso mínimo garantizado (IMG).**

Para las familias, sin duda alguna, es muy cómodo (a priori) este tipo de medidas políticas que pretenden compensar el apoyo informal ejercido hacia el cuidado de sus personas mayores. De hecho la Ley 39/2006 de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia” en vigor desde el 1 de enero de 2007 plantea la conveniencia de extender las prestaciones económicas con la finalidad de que la familia o el receptor de la asistencia contraten de manera privada el tipo de atención que desea percibir promocionándose además mediante esta medida la creación de empleo (ver apartado 4.4.). Evidentemente las ayudas económicas son un importante factor a tener en cuenta para las familias con una persona dependiente y suponen en muchos casos un indudable respiro y una mejora de su bienestar y calidad de vida. No obstante, esta medida legislativa también reconoce que la concesión de estas subvenciones monetarias debe realizarse excepcionalmente, de tal forma que, la existencia de estos subsidios no mine el desarrollo de servicios sociales especializados en cuidados a la dependencia.

La implantación de esta ayuda económica en Navarra ha estado rodeada de fuertes críticas por los profesionales sanitarios que incluso han llegado a agruparse en la denominada como “**Asociación Axola**”. Su objetivo ha sido denunciar las incongruencias que presenta el SAD de Navarra. Una de las críticas principales de este colectivo es la ausencia de seguimiento por parte del Gobierno de Navarra de las ayudas económicas concedidas para verificar si efectivamente se destinan a la contratación de un cuidador externo a la familia dado de alta en la Seguridad Social y si éste dispensa la asistencia adecuada a la persona dependiente.

¿Cómo verifica el Gobierno de Navarra que realmente el dinero transferido revierte en un cuidado de calidad? El Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra, previa petición del Gobierno de Navarra, ha realizado

un estudio de evaluación sobre la calidad y las características que presenta el Servicio de Ayuda a Domicilio. Los datos publicados en “La atención a domicilio en Navarra” (Aguilar et al, 2002) han utilizado como fuente metodológica una encuesta realizada entre junio y octubre de 1998 tomando como entrevistados al conjunto de los usuarios del SAD en ese momento. La información recogida es muy relevante. Por ejemplo, en la **intensidad de la cobertura** medida en **horas de atención**, aparecen unas 25.000 horas semanales concedidas desde la modalidad económica, de las cuales son pagadas efectivamente por el usuario para la recepción de atención unas 21.000 horas. **Esta falta de correspondencia entre horas concedidas de atención y horas pagadas de la misma se explica por la existencia de hogares que contratan a una cuidadora por un tiempo menor del concedido o que no utilizan el dinero para este fin.** Esta última opción es seguida por aquellas familias que prefieren seguir cuidando a la persona mayor desde el ámbito doméstico sin externalizar ni mercantilizar los cuidados, quedando el importe de la ayuda para la contribución del núcleo familiar, de manera que, la cuidadora principal seguiría formando parte del apoyo informal.

Tabla 4.8.- Distribución de los hogares perceptores de la Modalidad de Ayudas Económica según el uso que hacen de las misma en Navarra

Uso de la ayuda económica	% del total de hogares perceptores
No pagan a nadie	15%
Pagan o contratan a alguien por un tiempo menor al establecido en la resolución de concesión	41%
Pagan o contratan por un tiempo similar al establecido	19%
Pagan por un tiempo mayor al establecido	25%

Fuente: AGUILAR, M. et al (2002), *La atención a domicilio en Navarra*, Pamplona, Gobierno de Navarra.

La decisión de no privatizar los cuidados en una agencia privada externa a la familia está relacionada con la propia cuantía de la prestación económica. El dinero concedido es incluso insuficiente para aquellos hogares en los que se consigue la cobertura económica más elevada que alcanza aproximadamente el salario mínimo interprofesional. Es bastante común, por tanto, que las familias tengan que aportar una cantidad extra para pagar a la persona cuidadora. De hecho, según la encuesta mencionada, el 56,1% de hogares contribuye económicamente al pago de la trabajadora contratada.

La insuficiencia de la cantidad monetaria a una cuidadora profesional ha dado lugar al empleo de mujeres inmigrantes como empleadas de hogar que realicen este trabajo de cuidados. La inexistencia de un mecanismo que evalúe la calidad de la asistencia privatizada mediante la ayuda económica facilita la incorporación del colectivo femenino inmigrante en esta actividad.

“Pues porque pensamos que el servicio de atención a domicilio no es un servicio doméstico, sino que es un servicio integral, donde sí se hace trabajo doméstico, pero con efectos como la prevención, la promoción... digamos que es un servicio global [...] Sí, sí, sin seguridad social y pagando salarios... es todo el trabajo sumergido, es el tema de por qué se está contratando ahora inmigrantes que se les explota. Claro, es gente sin formación específica. Habrá gente que se sepa manejar estupendamente porque cada persona es un mundo, con unos salarios bajísimos sin seguridad social y con esa gente lo que hay que hacer es formarla. Porque esa gente con formación y con apoyo de la administración va a ganar dos veces más y con todos los derechos. Claro que es más barato, ¿pero en qué condiciones están esas inmigrantes que trabajan? Claro en cuanto encuentran algo mejor dejan a esa persona y se van a trabajar a otro sitio, y esa persona mayor al cabo del año ha sido atendida por un montón de personas. ¿Eso es profesionalidad? Y nosotros pues eso, ese trasvase de atención a domicilio a ayudas económicas lo rechazamos y siendo que pensamos que tiene que haber una complementariedad de ayudas a las familias” (P5, Representante Asociación Axola).

A pesar de que parte de la subvención económica está destinada al pago de la Seguridad Social de la trabajadora contratada, el Gobierno de Navarra no ha realizado ningún seguimiento que evalúe el cumplimiento de este requisito, por lo que es frecuente la contratación de cuidadores en el mercado laboral informal. **Esta medida, por tanto, ha acentuado la inserción del trabajo de cuidados dentro del servicio doméstico, la delegación de la asistencia a personas inmigrantes y ha promocionado en alguna medida la inserción en este sector de cuidadoras no profesionales.** Existirán familias que no requieran una asistencia especializada pero estos casos conviven con otros en los que seguramente sea imprescindible que el cuidado sea realizado por personas con una formación reglada. **No olvidemos que esta ayuda económica se dirige a los ancianos con niveles severos de dependencia que implican una atención más continuada y más específica en materia de atención personal.** El INBS es consciente de estos fallos y por ello aduce que los ancianos subvencionados están bien atendidos aludiendo a la regularidad con la que acuden al Centro de Salud como un indicador de estimación de los cuidados que reciben.

“Entonces no hay ninguna persona dependiente de los niveles que estamos hablando que no tenga un seguimiento de programa de atención a domicilio por el programa de salud. Entonces, para renovar la ayuda pediríamos al centro de salud que le está

viendo permanentemente que está adecuadamente atendido” (P1, Responsable del INBS).

Sin embargo, los profesionales sanitarios de la “Asociación Axola” abogan por un seguimiento personal de los usuarios considerando que la visita regular al médico de cabecera no es suficiente para conocer el nivel de atención personal diaria. Incluso en el Plan Gerontológico de Navarra se refleja la necesidad de realizar una valoración individual del apoyo económico concedido: “la falta de un seguimiento de la aplicación de la ayuda al servicio prevista ha llevado, especialmente en Pamplona, a que la población la considere como una prestación económica destinada al pago por la atención a un familiar mayor. Es necesario clarificar la situación regulando la concesión de ayudas para familias cuidadoras, sin desenfocar el servicio ni las ayudas destinadas a la atención domiciliaria” (Departamento de Bienestar Social, 1997:87) y sigue diciendo que “esta medida entraña importantes dificultades de seguimiento y garantía del servicio. Se hace difícil garantizar mediante esta fórmula, no ya una buena calidad en la atención, sino incluso constatar que ésta se preste o que se preste en el momento oportuno y con la intensidad requerida”.

La discusión toma como base los postulados del Plan Gerontológico (97-00) y del Plan de Reordenación Primaria de los Servicios Sociales de Base. El Plan Gerontológico reclama la atención a domicilio como una prestación básica de los Servicios Sociales y no como un servicio opcional que pueden desarrollar los ayuntamientos, incluyendo este recurso como un servicio más en el seno Servicios Sociales¹¹ : “Es preciso, en todo caso, recoger en la regulación sobre la Atención Primaria de Servicios Sociales el concepto del Servicio de Ayuda a Domicilio como prestación básica no opcional de los Servicios Sociales de Base, lo que sería un primer paso para el reconocimiento del derecho y adecuaría la normativa al status que en la práctica tiene este recurso en la Comunidad Foral” (Departamento de Bienestar Social, 1997:88). Es decir, la atención domiciliaria sería un derecho universal dirigido a todos los estamentos sociales (sin tener en cuenta su contribución o sus ingresos) y se organizaría sobre un sistema de tarifas acorde al nivel socioeconómico del solicitante: “Entendemos que el reconocimiento del servicio como un derecho no reconocería su gratuidad. [...] Es más realista avanzar en el establecimiento de un adecuado sistema de tarifas que compense

¹¹ Hay que destacar que a pesar de ser un servicio opcional todos los ayuntamientos de Navarra lo han incorporado dentro de sus prestaciones de una manera más o menos desarrollada.

las desigualdades de los usuarios y que permita extender el servicio a todo aquel que lo precise” (Departamento de Bienestar Social, 1997: 88)

La cobertura marcada como deseable desde el Plan Gerontológico en el año 2000 situaba a la atención directa en un 5,0% y las ayudas económicas en un 1,0%. En el año 2005 el ratio sobre el colectivo de más de 65 años llegaba al 3,6% en atención directa y al 2,7 % en ayudas económicas. La filosofía del Plan fue la de potenciar la asistencia a domicilio como un servicio social por encima de las transferencias monetarias directas a las familias, pues según las cifras “el apoyo así conseguido (se refiere a la ayuda económica) está lejos de proporcionar el conjunto de prestaciones que constituye la esencia del SAD” (Departamento de Bienestar Social, 1997:87)

La “Asociación Axola” también se mostraba en desacuerdo con respecto a la **medición de los ingresos del hogar** que surge desde la propia concepción de esta ayuda económica. Puede decirse que existen dos filosofías de planteamiento en materia de transferencias monetarias realizadas por la administración: una de ellas es adoptar una postura de emancipación con respecto al núcleo familiar, en donde predomina la consideración individual de los ciudadanos para el establecimiento de los ingresos, siguiendo las indicaciones del Libro Verde de la Comisión Europea (1993) en el que se aclara que el objetivo de la política social será el de asistir a los ciudadanos para que puedan cuidar de sí mismos. La otra concepción, otorga la prestación teniendo en cuenta el nivel de ingresos del hogar en el que vive la persona. Son las denominadas rentas de carácter sustitutorio o complementario típicas de los Estados de Bienestar de los países de Europa del Sur, en donde la familia tiene un papel de complemento o incluso de sustitución de las políticas sociales configurándose como la institución clave en la “provisión de cuidados y de apoyo a los ciudadanos”.

En ocasiones, este sistema de protección social puede generar efectos no deseados inducidos por una pésima redacción de la ley y por la utilización por parte de las personas convivientes de diversas estrategias que pueden burlar las premisas legislativas. Si se mide la situación socioeconómica familiar y no de la persona afectada a nivel individual (en este caso, el mayor), entonces, los mayores que conviven con familiares tendrán una ayuda económica menor que aquellos que viven solos. Sale más beneficioso en términos económicos en el momento de solicitar esta subvención que la

persona dependiente viva en un hogar unipersonal. Ello ha provocado que muchas familias se hayan empadronado en unidades familiares diferentes a las del anciano. Al final, la propia interpretación de la ley por parte de las familias genera que la ayuda económica sea medida a nivel individual.

Esta situación, frecuente en los países con un Estado de Bienestar al estilo beveridgiano (Moreno, 2000),¹² pueden derivar en el denominado “**efecto Mateo**”. Dicho concepto define como las clases con una mejor posición social terminan por beneficiarse de las políticas sociales que, en principio, estaban destinadas a las personas menos favorecidas. Esto puede suceder en Navarra, en donde las personas con una posición más acomodada son capaces siguiendo a Moreno de “maximizar su acción respecto a aquellos ciudadanos con iguales o preferentes derechos de acceso, pero que carecen de la información precisa o de redes de apoyo y patronazgo” (Moreno, 2000: 159-162).

4.2.5.- Las prestaciones económicas: una nueva tendencia de la política social. Implicaciones para el caso de Navarra.

La potenciación de prestaciones en metálico junto con las medidas fiscales (descuentos en el IRPF o aceptación de deudas) por parte de los Gobiernos Autonómicos son medidas que se están incorporando con fuerza en los últimos años dentro de las fórmulas de gasto en protección social. Estos programas han supuesto un detrimento de inversión en servicios ya que las ayudas económicas tienen una mayor facilidad de ejecución y de consecución. Resultan más beneficiosas para los gobiernos locales que no tienen que incorporar trabajadores en su plantilla o descentralizar a otras empresas la gestión del ámbito de los servicios sociales¹³:

¹² Para saber más sobre ingresos mínimos puede consultarse a MILANO, S. (1990), *Los ingresos mínimos garantizados en la C.E.E.*, Vitoria – Gasteiz, Departamento de Trabajo y Seguridad Social, Gobierno Vasco.

¹³ “... estas dos últimas opciones están en alza (se refiere a las ayudas económicas y medidas fiscales) seguramente a que son fórmulas más ágiles y sencillas que permiten ejercitar la libre elección facilitando las aportaciones de los usuarios y sus familias (copago), posibilitan la extensión del mercado de servicios y la creación de empleo; sin embargo, también tienen sus limitaciones (por ejemplo, dificulta la exigencia de tratamiento social de determinadas necesidades) e incluso puede producir efectos perversos (por ejemplo, creación de redes paralelas, según las necesidades económicas)” (Vilá, 2001:45).

La prestación económica en Navarra se concibe como una ayuda familiar para la contratación de una tercera persona que se dedique al cuidado de los mayores dependientes. El objetivo principal es que las personas que requieren la ayuda de una tercera persona y sus familiares tengan un cierto poder de control sobre la naturaleza de la asistencia que reciben. Pero, dicho sistema de “empoderamiento” puede minar la calidad del cuidado si no se combina con una serie de requisitos que aseguren una atención mercantilizada adecuada y una red desarrollada de servicios sociales.

El resultado de la ayuda económica de Navarra ha sido el fomento de un mercado laboral sumergido en torno al sector de cuidado en el que principalmente participan mujeres procedentes del extranjero. Asociado a los flujos migratorios que esta comunidad ha estado recibiendo desde 1995 se ha consolidado un yacimiento de empleo que cabe calificar de “nicho laboral” para estas personas foráneas. La magnitud de este fenómeno, conocido por los legisladores autonómicos, se afianza cuando los técnicos de diversas asociaciones con bolsas de empleo para trabajadores inmigrantes afirman que el 90% de las demandas laborales que reciben están relacionadas con la atención domiciliaria de personas dependientes. En la Comunidad Foral parte de esta economía, principalmente informal, es subvencionada por las prestaciones monetarias del programa del SAD.

La situación de Navarra no es una excepción. Sus actuaciones políticas confirman las reglas de la nueva tendencia de la política social surgida a partir de los años setenta e incorporada en el régimen de bienestar español desde la segunda mitad de los años noventa¹⁴. Es la etapa de la protección social que Rodríguez Cabrero (2004) califica como de “universalización contenida y privatización ascendente” caracterizada por una contención del gasto social y una gestión mixta de la financiación (pública y privada).

La actual dirección de los servicios públicos hacia la privatización se ha planteado en el debate académico que analiza el impacto del envejecimiento de la población sobre el Estado del Bienestar. Las directrices formuladas por organismos internacionales como el Banco Mundial y la OCDE, barajan la opción de que el declive demográfico supone

¹⁴ Las transferencias monetarias a familias cuidadoras es una medida en auge en otros países europeos (como Italia, Francia y Reino Unido) y en todos ellos ha incidido en la creación de un sector doméstico de cuidados en el que se inserta población inmigrante indocumentada (Anderson, 2006).

un problema para los sistemas de seguridad social que cubren las necesidades de la población mayor. Su argumento se basa en que el apoyo informal experimenta un notable debilitamiento debido a la reducción del tamaño familiar y a la dispersión de sus miembros y, aunque más de la mitad de las personas mayores de 60 años estimadas a nivel mundial dependen exclusivamente de la atención que sus parientes les dispensan, consideran que el desarrollo de las sociedades industriales, está exacerbando el deterioro de las relaciones humanas. El aumento de personas ancianas incrementa la demanda de los servicios de salud generando una presión sobre los recursos y los presupuestos generales. La intervención pública supone un coste elevado que requiere de altas tasas de impuestos posibilitándose así el crecimiento del sector privado.

Para evitar la posible incidencia del incremento de demandas sobre el estado del bienestar a raíz de los procesos de envejecimiento de la población, algunos estados han procedido a tomar una serie de medidas encaminadas a la reducción de gastos en materia de protección social. Como el mayor gasto social del estado en las personas de edad está en el mantenimiento de las pensiones, la mayor parte de las estrategias han estado dirigidas a estas prestaciones. Así, mientras que en algunos países se ha incrementado la edad de acceso a la jubilación (Alemania, Grecia, Italia, Gran Bretaña y Finlandia) y/o recorte de esas pensiones, en otros países, como España, se ha decidido aumentar el número de años de cotización necesarios para recibir la prestación por jubilación¹⁵ (medida que afecta especialmente a las mujeres) (Rhodes, 1996).

Sin embargo, este planteamiento tiene detractores. Castles (2004) presenta unos resultados que demuestran que el gasto en pensiones públicas no está asociado a ningún tipo de crisis. Los beneficios monetarios sobre el gasto público de los 17 países de la OCDE que Castles incorpora en su investigación han evolucionado de un 6,3% de media en 1984 a un 7,5% en 1997. Mediante un análisis de regresión estudia cuanta de esa variación se ha producido por la estructura de edad. Obtiene como resultado que más de la mitad de la variación transnacional ha sido inducida por causas diferentes a la edad. Según este autor, las diferencias de gasto social de los diversos países no pueden ser analizadas a través de un indicador tan tosco como es el volumen de la población

¹⁵ La Reforma del Sistema de Pensiones de 1985 fue contestada con una huelga en 1988 organizada por los principales sindicatos, una de las manifestaciones de trabajadores más importantes en la historia del país en su etapa democrática. Sin embargo, desde el año 2007, con la entrada en vigor de la Ley 39/2006 se supone que se incrementará la financiación estatal en materia de dependencia.

mayor de 65 años, sino que hay que tener en cuenta otros aspectos como la generosidad y la cobertura de los diversos sistemas nacionales de pensiones. En resumen, las diferencias no son tanto por una causa demográfica como por el propio diseño de las instituciones del Estado del Bienestar.

Los servicios sociales de atención domiciliaria al ser de incipiente desarrollo en nuestro país no han experimentado un recorte excesivo en su financiación puesto que ésta ya partía de unos niveles muy bajos. La opción para recortar gasto público ha sido en este caso, la delegación del cuidado sobre las familias y, en el mejor de los casos, la subvención en la contratación de una cuidadora externa. Es decir, “familismo” y “externacionalización” mediante la subcontratación y la internacionalización del trabajo. El SAD de Navarra es un buen ejemplo de esta reestructuración de la política social. Por un lado, se privatiza la prestación de la atención directa en manos de una empresa privada (MILUCE) que contrata a sus propias trabajadoras familiares con unas condiciones laborales más precarias e inestables que las de sus homólogas empleadas por el Ayuntamiento. Por otro lado, se acentúa esta segmentación del mercado de cuidados a domicilio incorporando mediante la división internacional del trabajo a mujeres inmigrantes que desempeñen esta actividad en la economía sumergida, no ya en condiciones precarias, sino enormemente vulnerables propiciadas por la ausencia de un contrato laboral y la no regulación de dicho sector.

No obstante, no todas las regiones han seguido el modelo de política social de Navarra. A pesar de que existe una coincidencia en la externalización, la subcontratación y la delegación de los cuidados en el apoyo informal, los mecanismos legislativos utilizados para estos fines han sido diferentes. En el caso de Galicia, por ejemplo, se ha fomentado la permanencia de la mujer como proveedora de cuidados y la privatización del servicio de atención domiciliaria en empresas especializadas. Veamos cómo funciona en esta comunidad el Servicio de Ayuda a Domicilio, la protección económica de la dependencia y su incidencia sobre el sector doméstico de cuidados.

4.3.- El Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña

4.3.1.- Inicio del SAD y perfil de las trabajadoras a domicilio

El Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña comienza a funcionar alrededor del año 1982 como una prestación asumida por el Ayuntamiento, pero todavía sin regular como competencia local. Se trataba de un servicio informal que no estaba contemplado en ninguna ordenanza municipal.

“Llevamos desde el 82 con SAD, pero sin regularla, o sea, el ayuntamiento la asumía, porque efectivamente la podía asumir, es de servicios sociales y puede, debe asumirla, pero sin regular por la Xunta de Galicia, por las competencias autonómicas, las competencias municipales y tal. Pero el SAD existe, creo recordar desde el 82. Mira, no estaba regulado por una ordenanza municipal, se tramitaba, las personas la pedían en los servicios sociales y el trámite era todo lo que resolvían los mismos servicios sociales. No estaba regulado de ninguna manera”. (C1, Coordinador SAD Ayuntamiento)

En ese momento el SAD estaba dirigido y gestionado por empleados del propio ayuntamiento y la prestación del servicio en los domicilios particulares se efectuaba por trabajadoras auxiliares contratadas también por este organismo. El Ayuntamiento prestaba el servicio, lo gestionaba y lo coordinaba. Los problemas laborales y el alto coste que suponía para la administración el mantenimiento de trabajadores propios provocó que a mediados de la década de los ochenta este servicio se subcontratase a una entidad sin ánimo de lucro, Cáritas, que por otra parte, ya había creado una red propia de ayuda gratuita mediante la caridad y el voluntariado a aquellas personas mayores que a falta de recursos monetarios y familiares necesitaban el cuidado de una tercera persona.

“Pues mira eran, empezaron siendo personal municipal (se refiere a las auxiliares a domicilio), eran empleados municipales.[...] Sí, sí, igual, el problema es que unos años más tarde el ayuntamiento en vez de contratar a los Auxiliares Familiares, que ya entonces les llamaban así, que eran las personas que prestaban el servicio y que hacían las tareas en el hogar, dejó de contratarlas porque generaba un montón de problemas laborales y empezó ya a concertar ya con una entidad, en este caso con Cáritas, con una entidad entonces asistencial, benéfico – asistencial y tal, sigue siendo, pero lo que hacía es que hizo un convenio con Cáritas, establecieron las condiciones en las que iban a prestar ese servicio, entre ellas el personal lo ponía Cáritas y nosotros, el ayuntamiento, solamente tenía a las trabajadoras sociales...” (C1, Coordinador SAD Ayuntamiento de A Coruña)

“Vamos a ver, esto nació, en el año 85, creo, cuando se convenió con el ayuntamiento el tema de poner el servicio gratuito. Pero mucho antes, no te puedo

decir qué fecha, comenzó Cáritas con Ayuda a Domicilio. [...] Esto antes de ser conveniado con el ayuntamiento. Es decir, en el año 85, Cáritas pactó con el Ayuntamiento para ofrecer este servicio de forma gratuita". (C3, Coordinadora SAD Cáritas).

El servicio quedó entonces dividido: por un parte, el ayuntamiento se encargaba de la gestión y de la coordinación del SAD y, por otra, Cáritas tenía como misión básica la ejecución del servicio y la contratación de las auxiliares a domicilio que acuden a los hogares a realizar las tareas acordadas desde el Ayuntamiento, organismo que realiza las altas y programa los cuidados de atención a las personas destinatarias.

"La coordinación y la recepción de la demanda, la propuesta de la demanda, la resolución de la demanda o del SAD, pero una vez que se daba de alta, o que el ayuntamiento decidía darlo de alta, Cáritas prestaba el servicio en casa". (C1, Coordinador SAD Ayuntamiento).

A partir de 1999, el Concello de A Coruña decidió ampliar la subcontratación del SAD a otra empresa más, también de carácter no lucrativo, Xuntos40, que tiene como objetivo facilitar la inserción laboral de las mujeres mayores de 40 años. En la actualidad, esta entidad, junto con Cáritas, son las que se encargan de la prestación de la atención domiciliaria. La situación del municipio coruñés en la prestación del servicio de atención a domicilio puede calificarse como especial, pues todavía no se ha completado la transferencia de la gestión de este servicio desde la Xunta hasta la corporación local. De hecho, el Gobierno autonómico todavía presta un SAD propio en la localidad coruñesa por medio de la Cruz Roja. La falta de acuerdo y de entendimiento entre ambas administraciones es el motivo principal aludido para no haberse finalizado la transmisión de dicha competencia.

"A raíz de que se publicara en el DOGA la obligación de que los servicios de ayuda a domicilio eran competencia de las corporaciones locales, de los ayuntamientos, nosotros seguimos con este convenio con la Xunta de Galicia igualmente porque en A Coruña se da una situación un poco especial. Y es que no acaba de haber un acuerdo entre la Xunta de Galicia y el Ayuntamiento de A Coruña para aglutinar toda la ayuda a domicilio en el Ayuntamiento". (C4, Coordinadora SAD Cruz Roja)

Por lo tanto, las empresas que prestan la atención a domicilio en la ciudad de A Coruña son tres: Cáritas y Xuntos40 contratadas desde el propio ente municipal y Cruz Roja, que dispensa la atención que la Xunta de Galicia todavía no ha transferido al Ayuntamiento. Todas ellas son entidades sin ánimo de lucro, por lo que existe una cierta preocupación por las condiciones laborales de los empleados. Tanto desde Cáritas como

desde Xuntos40 se prima la estabilidad laboral y la aplicación de jornadas de trabajo completas intentando que las auxiliares estén lo más cómodas posibles en su puesto de trabajo.

“Las contrataciones se intentan hacer durante el mayor tiempo posible y con las jornadas lo más completas posible. Evidentemente una persona prefiere trabajar 40 horas y no 20. En el momento en que viene una persona por horas se le mete trabajo hasta que llegue a las 40 horas o lo más próximo a ellas. Pero generalmente se les hacen contrataciones de jornadas completas”. (C3, Coordinadora SAD Cáritas).

“El 30% de las auxiliares tienen un contrato indefinido y el resto tienen un contrato a fin de obra. A pesar de que existe una cierta temporalidad todas las auxiliares tienen prácticamente un jornada laboral completa como mínimo y una mínima rotación de personal”. (C2, Coordinadora SAD Xuntos40).

Se evita la rotación de personal, no solamente perjudicial para las trabajadoras, sino también para los propios mayores asistidos, a quienes les resulta incómodo adaptarse a nuevas cuidadoras. Hay que recordar que el SAD no tiene como único objetivo la atención personal del anciano, sino que también están dentro de su filosofía las labores de acompañamiento, de establecimiento de una red de apoyo informal en caso de su ausencia y, en definitiva, tareas educativas con la finalidad de que la persona dependiente se encuentre lo más estable y segura posible en su vida cotidiana. Ello supone un esfuerzo que propicie el acercamiento entre la persona atendida y la auxiliar a domicilio. La rotación del personal podría afectar a todo el trabajo efectuado con el anciano y a su aislamiento personal. Tanto Cáritas como Xuntos40 cuentan en sus plantillas con trabajadoras sociales, profesionales del ámbito sociosanitario, por lo que tienen un mayor nivel de compromiso con las personas a las que atienden¹⁶. Según las empresas contratadas, no se pueden asegurar una mayor estabilidad en los contratos laborales porque dependen de una empresa madre, el Ayuntamiento, que decide en cada momento cuántos ancianos va a atender y, en cualquier caso, podrían prescindir del servicio de estas entidades si así lo quisieran.

“Dependemos del trabajo que nos llega desde el ayuntamiento. Algunas veces tenemos más horas para trabajar y otras menos y no podemos hacer más contrataciones estables porque dependemos de un cliente que anualmente nos tiene que renovar el contrato a nosotros. Estamos supeditados a las líneas políticas de la administración”. (C2, Coordinadora SAD Xuntos40).

¹⁶ Esta situación no siempre es valorada como positiva porque en algunos ayuntamientos precisamente se intenta que exista una rotación de la auxiliar a domicilio, para evitar la aparición de dependencias emocionales por ambas partes.

“Yo no sé el trabajo que voy a recibir del ayuntamiento mañana, no lo sé. Tampoco sé las extinciones que voy a tener: porque la gente fallece de un día para otro, se va con sus familias o ingresa en las residencias de la tercera edad. Entonces, se intenta mantener una balanza”. (C3, Coordinadora SAD Cáritas).

Con la Cruz Roja no aparece esta situación ya que no incorporan nuevas altas al servicio. Siempre prestan atención a la misma población que con el paso de los años va experimentando un agravamiento de su dependencia. Prestan un servicio tendente a la extinción ya que se prevé que en algún momento se complete la transferencia del ámbito autonómico al municipal y, en todo caso, las personas a las que atienden pueden fallecer en algún momento.

“En principio, es un servicio de carácter residual porque camina hacia la extinción o porque se mueran todos los usuarios o porque ambas administraciones acepten llegar a un acuerdo. Porque digamos que quien tiene la obligación por ley es el Ayuntamiento de A Coruña”. (C4, Coordinadora SAD Cruz Roja).

La situación de vulnerabilidad es más grande en Xuntos40 que en Cáritas, ya que ésta última posee donativos e ingresa capital desde diferentes fondos teniendo un grado de solvencia es más elevado, imprescindible cuando el propio ayuntamiento se retarda en la financiación.

“Cáritas es una institución que maneja dinero, que tiene presupuestos por otros muchos sitios, entonces, el hecho de que le paguemos un poco tarde que no conseguimos pagar nunca al mes, siempre dos meses, bueno, pues puede mantener los salarios de los trabajadores sin grandes problemas y sabe además que los dos meses pagamos. Pero Xuntos que no tiene un duro, es incapaz, tuvo que abrir una línea de crédito con una entidad bancaria para poder hacer frente a los posibles dos meses, que a veces son más, que nosotros no pagamos”. (C1, Coordinador SAD Ayuntamiento).

La división de la asistencia entre distintas empresas segmenta el ámbito de los servicios sociales a domicilio y promueve desigualdades entre las propias trabajadoras contratadas por Cáritas, Xuntos40 y Cruz Roja que pueden afectar a las personas dependientes. Cada una de estas entidades tiene su propia regulación laboral mediante un convenio colectivo. Xuntos40 se rige por el convenio de la Comunidad Autónoma de Galicia sobre “Ayuda a Domicilio” y Cáritas y la Cruz Roja poseen sus propias regulaciones laborales. A pesar de que no existen diferencias salariales pronunciadas en cada uno de ellos, sí aparece asociada cada institución, al igual que en Pamplona, a una atención dirigida a personas con niveles de dependencia divergentes. La situación más

extrema es la de las auxiliares de Cruz Roja, pues en esta agencia no se otorgan nuevas altas y atienden a un colectivo de gran dependencia.

Observando los convenios colectivos no se encuentran excesivas desventajas según la entidad prestadora del servicio. Las condiciones laborales de las auxiliares a domicilio en A Coruña no experimentan unas diferencias tan acusadas como en el caso de Pamplona. En esta última localidad al gestionar el Ayuntamiento parte de la dispensación de los cuidados a domicilio, el desequilibrio con respecto a las condiciones laborales de las asistentes familiares de la empresa privada era más elevado. Muchas de las auxiliares estaban contratadas por el ente público y eran funcionarias. Sin embargo, en A Coruña toda la ejecución de la atención en el hogar corresponde a organismos ajenos al Concello que han regulado un escenario de trabajo similar. El salario medio se sitúa en torno a los 600 euros al mes¹⁷.

Tabla 4.9.- Salario base de las trabajadoras a domicilio de Xuntos40, Cáritas y Cruz Roja, 2004

Entidad	Jornada Laboral	Salario base mensual
Xuntos40	38 horas/semana	601,01
Cáritas	40 horas/semana	2,99 €/hora+0,74 € plus penosidad 583 euros mes
Cruz Roja	39 horas/semana	583 euros mes

Fuente: Elaboración propia. Convenios Colectivos de Cáritas, Cruz Roja y Convenio Colectivo de Galicia para la actividad de ayuda a domicilio.

4.3.2.- La cobertura y las tareas desempeñadas por el Servicio de Ayuda a Domicilio

En el año 2005 el Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña atendió a 576 personas, eso significa que este servicio ha cubierto las necesidades de un **1,2%** del colectivo mayor de 65 años. Queda mucho para llegar a la cifra de un **8,0%** que fijó el Plan

¹⁷ El trabajo de campo efectuado en A Coruña confirma que esa cantidad es prácticamente la misma que recibe una cuidadora inmigrante interna contratada por una familia empleadora. La vulnerabilidad es mayor en el caso de la trabajadora inmigrante puesto que en la mayoría de los casos desempeña su trabajo de forma irregular durante las 24 horas del día y con unas condiciones laborales que se deciden de manera privada con la patrona. Eso significa que su situación laboral depende, por un lado, del poder de negociación de la empleada y, por otro, de la buena disposición de la empleadora y de su “buen hacer” (ver capítulo 5).

Gerontológico estatal de 1992 e incluso al **3,2%** que estableció la Xunta de Galicia en el Plan Galego de Persoas Maiores 2001-2006¹⁸.

Tabla 4.10.- Grado de cobertura del SAD en A Coruña, 2005

	Beneficiarios
SAD (a)	576
Personas mayores de 65 años (d)	48.061
COBERTURA SAD Ayuntamiento (b/d)	1,2

Fuente: Concello de A Coruña (2006), *Memoria de Gestión de Servicios Sociales, 2005*. (inédito); INE, Padrón Municipal de Habitantes, 1/1/2006.

Los grados de cobertura marcados como deseables por la administración no se han conseguido en A Coruña, además Galicia se sitúa entre los **niveles más bajos de cobertura del SAD de todo el estado español**. Tan sólo Murcia, presenta un índice de usuarios del SAD inferior al gallego, situándose éste en un 1,9. Si en el ámbito nacional 4,1 personas mayores tiene un SAD, en Galicia esa cifra desciende a un 2,3% y, en A Coruña, repetimos, se mantiene en un 1,2% (Sancho et al., 2007). No se ha llegado a los estándares marcados ni por el Plan Gerontológico (8,0%), ni por el Informe del Defensor del Pueblo (5,0%) ni por el Plan Galego de Persoas Maiores en el Escenario 2004 (2,4%).

Tabla 4.11.- Nivel real de cobertura y nivel de cobertura deseable marcado por la legislación del servicio de ayuda a domicilio, 2004

NIVEL REAL DE COBERTURA		NIVEL DE COBERTURA MARCADO LEGISLACIÓN	
A CORUÑA	1,0	Plan Gerontológico. Escenario 2000	8,0
GALICIA	1,9	Informe Defensor del Pueblo. Escenario 2006	5,0
ESPAÑA	3,1	Plan Galego de Persoas Maiores 2001-2006	
		Escenario 2006	3,2
		Escenario 2004	2,4

Fuentes: INSERSO (1993), *Plan Gerontológico*, Madrid, INSERSO; XUNTA DE GALICIA (2001), *Plan Galego de Persoas maiores 2001-2006*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; SANCHO et al (2007), *Las personas mayores en España. Informe 2006*, Madrid, INSERSO

¹⁸ Es necesario señalar que todas las cifras de cobertura marcadas por el “Plan Galego de Persoas Maiores, 2001-2006”, únicamente hacen referencia a las plazas que tienen que cubrirse desde la Administración Pública. Dicho Plan considera que los servicios públicos deben ofrecer el 40% de las plazas disponibles en cada territorio. Así, el 40% del 8,0% que marca como cobertura deseable el “Plan Gerontológico” es 3,2%, cifra señalada como adecuada por el “Plan Galego”.

Una de las razones que explican la insuficiencia de este recurso es el incumplimiento de las directrices de financiación recogidas en el Plan Concertado, que señala que las tres administraciones (local, autonómica y central) deben aportar por separado el 33% de los recursos necesarios para mantener los servicios sociales. Actualmente, el Ayuntamiento de A Coruña asume casi el 90% de la financiación del SAD, de tal forma que la contribución de la Xunta y el Gobierno central es insignificante. Además, en A Coruña no existe como en otras ciudades (por ejemplo, Pamplona) el sistema de copago, por lo que los usuarios del servicio no deben aportar ninguna suma económica adicional.

En cuanto a la **intensidad** del servicio de atención en el hogar, el **tiempo medio de atención** es el referente para medir su vigor. La **fuerza** del SAD no solamente depende del número de usuarios, sino también del tiempo empleado en la asistencia a cada uno de ellos. Se ha estimado que la dedicación por usuario está en torno a una **hora y media diaria**¹⁹. Además, el tiempo de cuidados personales es más elevado que el de mantenimiento doméstico del hogar prevaleciendo la mínima temporalidad.

“La mínima temporalidad es la de una hora a la semana. ¿Por qué? Pues porque a lo mejor es simplemente una supervisión. Son tareas puntuales porque el resto de las necesidades están cubiertas por familias, por vecinos, por amigos... Pero no, no hay un servicio que se ofrezca quincenalmente. Mínimo, como mínimo, uno o dos días a la semana”.(C3, Coordinadora SAD Cáritas, pp. 5)

“Yo diría que hay más tiempo en cuidados personales que en atención doméstica”
(C2, Coordinadora SAD Xuntos 40).

La media de horas de atención mensuales es en A Coruña (23,6 horas) superior a la media que presenta el SAD en el conjunto estatal, cifrada en 16,3 horas al mes. Si bien la intensidad del servicio es algo superior en la Comunidad Autónoma Gallega (25 horas/mes) que en el municipio coruñés es preciso recalcar que Galicia se sitúa dentro del panorama español como la **CC.AA. que más horas dispensa de atención domiciliaria**, compensando en este sentido la insuficiencia de la cobertura del servicio. Menos clientes pero más tiempo de atención para cada uno de ellos.

¹⁹ Dato ofrecido por la Coordinadora del SAD del Ayuntamiento de A Coruña.

Tabla 4.12.- Intensidad del SAD según ámbito territorial, 2005

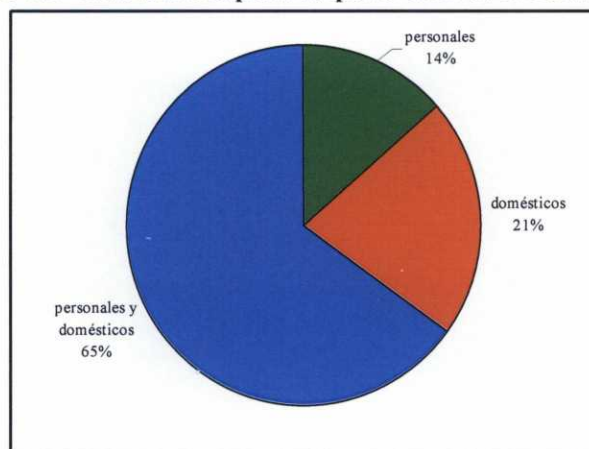
	Tiempo medio mensual por usuario
A Coruña	24 horas/usuario
Galicia	25 horas/usuario
España	16 horas/usuario

Fuente: Ayuntamiento de A Coruña (2006), Memoria de Gestión de Servicios Sociales, 2005 (inédito);
SANCHO et al (2007), *Las personas mayores en España. Informe 2006*, Madrid, IMSERSO

La distribución de la asistencia entre **labores domésticas** y de **cuidados personales** sirve para conocer mejor el funcionamiento y la naturaleza de este servicio que, en principio, recordemos que está dirigido a personas con algún grado de dependencia que necesitan un apoyo en el hogar. La atención, por tanto, no solamente debería de detenerse en el mantenimiento del domicilio, sino que los cuidados personales cobran importancia desde el propio concepto del SAD cuyo principal objetivo es: “conseguir que el usuario y/o familia adquiera o recobre los recursos, las habilidades y los hábitos que les permitan mantener una vida lo más autónoma y satisfactoria posible” (Memoria de Gestión, 2003: 11).

Si la finalidad es mantener o revitalizar parte de la autonomía del la usuario la atención a la dependencia se convierte en el elemento esencial de la asistencia. Los datos que recoge el Informe 2006, relativo a los servicios sociales públicos para personas mayores (Sancho et al, 2007), reflejan que en Galicia existe un cierto equilibrio en cuanto a las tareas que desempeña el SAD, estando dedicado en el 47% de los casos a la atención personal y en el 53% de los mismos a los cuidados personales. **En el municipio de A Coruña, también aparece una correspondencia bastante adecuada entre servicios personales y domésticos.** La combinación de ambas tareas se da en un 65,0% de los casos y tan sólo uno de cada cinco destinatarios recibe únicamente una prestación dirigida al mantenimiento del hogar. Esta cifra se aleja de la encontrada en Pamplona, en donde recordemos, el 60% de los usuarios reciben una atención destinada a la limpieza doméstica.

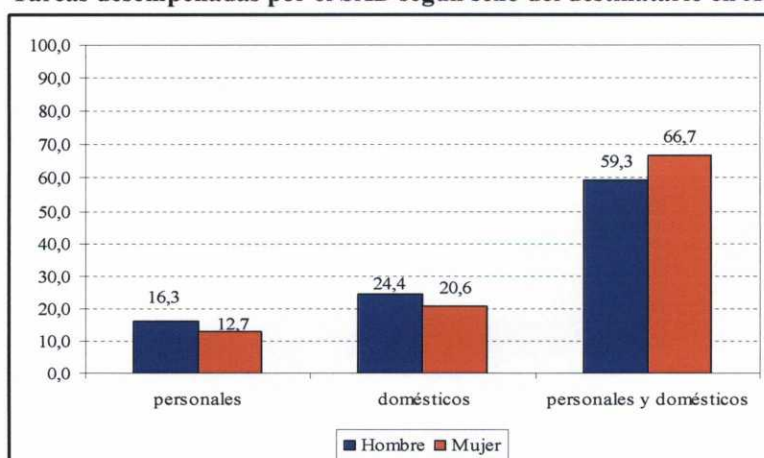
Gráfico 4.3.- Tareas desempeñadas por el SAD en A Coruña, 2005



Fuente: Elaboración propia. Datos cedidos por el Ayuntamiento de A Coruña

Dentro de “cuidados personales” se agrupan tareas relacionadas con el “aseo personal”, la “comida”, la “medicación”, el “mantenimiento dentro del hogar”, la “compañía” y el “ocio”. Los “servicios domésticos” constan de las actividades de “compra y preparación de comida”, “lavado de ropa”, “limpieza y mantenimiento de la vivienda” (y en algunos casos también el “comedor sobre ruedas”). Es un amplio abanico de tareas en las que podría influir para su grado de ejecución el sexo del usuario. Sin embargo, los datos indican escasas variabilidades en este sentido. Únicamente se observa una pequeña diferencia a favor de los hombres como receptores de servicios domésticos (24,4% frente a un 20,6% de las mujeres).

Gráfico 4.4.- Tareas desempeñadas por el SAD según sexo del destinatario en A Coruña, 2005

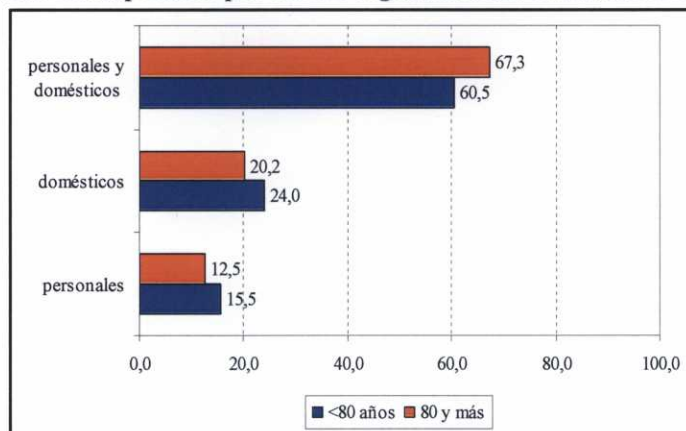


Fuente: Elaboración propia. Datos cedidos por el Ayuntamiento de A Coruña

Es la variable **edad** la que mejor explica las diferencias en las tareas designadas por el SAD. A medida que se avanza en años aumentan las personas que reciben tanto cuidados personales como domésticos, disminuyendo los que solamente son receptores

de una de las dos tareas. Así, el 67,3% de los mayores de 80 son destinatarios de un apoyo personal y doméstico, frente al 60,5% de los que todavía no son octogenarios. Es lógico teniendo en cuenta que la dependencia está asociada a la edad.

Gráfico 4.5.- Tareas desempeñadas por el SAD según edad del destinatario en A Coruña, 2005



Fuente: Elaboración propia. Datos cedidos por el Ayuntamiento de A Coruña

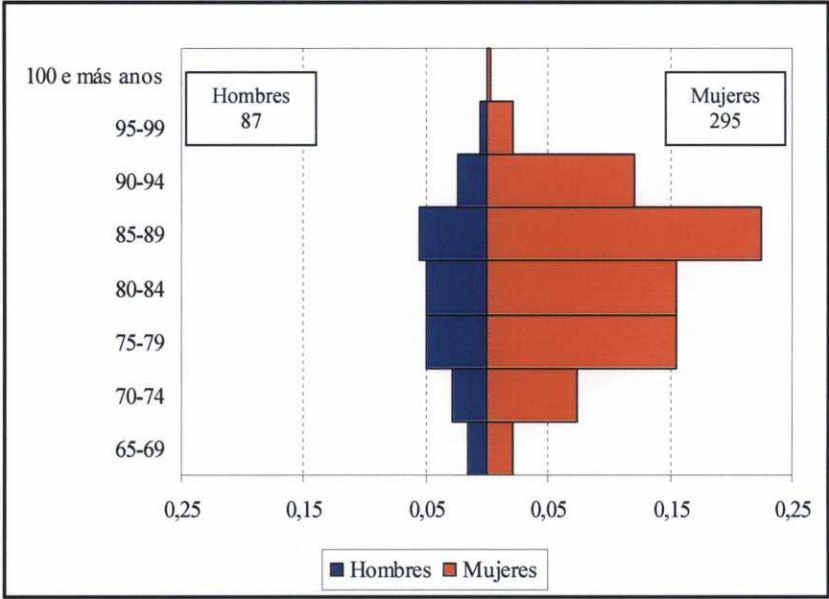
Parece que en A Coruña la combinación entre tareas domésticas y cuidados personales se está realizando de una manera adecuada. Sin embargo, todavía hay que tener presente que el número de personas que únicamente reciben un apoyo del SAD de mantenimiento del domicilio (21,0%) es superior a aquellos que sólo reciben “ayuda personal” (14,0%). Teniendo en cuenta que más de la mitad de los usuarios supera los 80 años habría que empezar a adecuar correctamente las necesidades de la dependencia al servicio de atención en el hogar. La importancia de esta disposición no es baladí e incluso se recoge en el “Libro Blanco de la Dependencia” (2005a: 371): “La necesidad de implantar cambios en estos aspectos es incuestionable, si queremos que el servicio de ayuda a domicilio de respuestas ajustadas a las necesidades de las personas con dependencias. Ello no supone la eliminación de las tareas domésticas, imprescindibles para el mantenimiento en el domicilio, sino un incremento claro en la calidad y cantidad de la prestación de cuidados personales, que constituyen la esencia de las atenciones a la dependencia”.

4.3.3.- Perfil de los usuarios

La característica principal de los destinatarios del SAD es la importante segregación según **género** y **edad**. El 77,2% de las usuarias son mujeres y la mayoría de los receptores tiene más de 80 años, representando el 65,7% de los usuarios mayores de 65

años, de tal forma, que la media de edad se sitúa en los 78,8 años. La distribución por sexo y edad se ofrece de forma gráfica en la siguiente pirámide de población.

Gráfico 4.6.- Pirámide de población de usuarios del SAD en A Coruña, 2005



Fuente: Elaboración propia. Datos cedidos por el Ayuntamiento de A Coruña

Habitualmente se trata de personas que viven **solas o en compañía de otra persona más**. La frecuencia de los hogares unipersonales es de un 58,0%. Los hogares formados por dos miembros constituyen el 29,7% del total de los destinatarios. El SAD se convierte en un recurso de apoyo para aquellos mayores que tienen a sus familiares fuera de su propio domicilio y, en los casos, en los que únicamente convive una persona más. La red informal de cuidados de estos mayores se reduce por una parte, por tener lugares de residencia separados, o por otra, por ser el único conviviente el cuidador principal. En ambas situaciones, el SAD supone un recurso de apoyo a la familia y un respiro para la persona sobre la que recae la mayor carga de cuidado.

Tabla 4.13.- Número de personas en el hogar de los usuarios del SAD, 2005

	Frecuencia	Porcentaje
1	221	58,0
2	113	29,7
3	36	9,4
4	5	1,3
5	5	1,3
6	1	0,3
Total	381	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos cedidos por el Ayuntamiento de A Coruña

Ello coincide con las conclusiones de la “Memoria de Gestión, 2003” sobre los servicios sociales efectuada por el Ayuntamiento de A Coruña. En ella se aclara que: “la mayor demanda y por tanto la mayoría de las personas beneficiarias del SAD pertenecen al sector de tercera edad y personas con discapacidades, con ciertos niveles de dependencia y con *escasa o nula ayuda familiar*. En menor proporción se da la demanda de familias, con lo que el número de beneficiarios es también menor” (Concello de A Coruña, 2004)

Las diferencias por género también son notables en la tipología de hogares. Son las mujeres las que principalmente viven solas. El colectivo femenino usuario del SAD engloba a un 61,9% de mujeres que residen en hogares unipersonales frente a un 44,8% de los hombres. Éstos conviven con otra persona más en el 39,1% de los casos, mientras que esta situación se da tan sólo en el 26,9% de las mujeres. Dos elementos explican esta segregación de convivencia:

- Las diferencias en la esperanza de vida, a favor de las mujeres, introducen mayores posibilidades de que éstas se queden viudas. Por lo tanto, la probabilidad de vivir sola aumenta entre la población femenina.
- La falta de autonomía de muchos mayores no se debe únicamente a problemas físicos asociados a discapacidades que generan dependencias. Las desigualdades según género también están presentes en el autocuidado. La tradicional división sexual del trabajo ha dado lugar a unas generaciones de mayores en las cuales los hombres están menos acostumbrados a mantenerse por sí mismos y más habituados a que sea la mujer la que se ocupe del hogar y de sus incontinencias personales. El colectivo de más de 65 años está compuesto por hombres poco autosuficientes y con problemas para vivir de forma autónoma. Las mujeres, sin embargo, son capaces de residir durante más tiempo de forma independiente.

4.3.4.- Prestación económica dirigida a familiares cuidadores.

Los familiares de personas mayores dependientes en Galicia, cuentan desde finales del 2003 con una prestación monetaria destinada a compensar al cuidador principal que cubre las necesidades de atención personal. Es la denominada como “Ayuda de apoyo a

las familias cuidadoras que tienen a su cargo familiares mayores dependientes”²⁰. Esta protección aunque tiene como población objetivo a las familias que soportan una situación de dependencia de alguno de sus miembros y no a las personas dependientes en sí, es la única medida de transferencia económica para esta finalidad existente en el ámbito gallego.

Este programa es muy explícito en cuanto al por qué de proteger a las familias cuidadoras de mayores: “el aumento previsible de la dependencia avanza unido al previsible debilitamiento de la capacidad de atención por las redes de soporte familiar, que hasta la fecha constituye el principal proveedor de cuidados, como consecuencia de los cambios sociodemográficos y los cambios en la estructura familiar, que van a originar en principio un fuerte descenso del número de cuidadores potenciales, hecho de gran trascendencia y que va a exigir una reformulación de los servicios y prestaciones sociales. Esta orden tiene como finalidad proporcionar apoyo económico a los cuidadores habituales de las personas mayores dependientes, con el objeto de garantizar a las personas mayores a su cargo una atención adecuada y favorecer la permanencia en su medio social habitual, facilitando la integración y evitando el internamiento en instituciones”.

La administración es consciente de que la familia es el sustento principal de la asistencia a las personas mayores y, además, de que los importantes cambios que afectan a las formas de convivencia van a terminar por dismantelar esta situación de carga y responsabilidad hacia los miembros de la unidad familiar. Esta legislación presenta una serie de requisitos tanto para el cuidador como para el anciano. Para ambos es imprescindible la carencia de ingresos, por lo que se trata de una medida asistencial (típica del Estado de bienestar español) en la que se tiene en cuenta la renta de la unidad familiar y no la que posee la persona dependiente en sí. La población potencialmente beneficiaria se restringe por medio de una serie de requisitos que deben cumplir tanto el cuidador como la persona dependiente. Únicamente se dirige a aquellos mayores que sufren una dependencia severa, convivientes con el cuidador principal, el cual debe ser pariente del anciano/a, no sobrepasar la edad de sesenta y cinco años, gozar de buena salud y no desempeñar una actividad laboral remunerada.

²⁰ Este programa únicamente tuvo vigencia durante los años 2003 y 2004. La administración autonómica no ha justificado públicamente su desaparición.

Estos criterios imponen un destinatario explícito. Significan que la prestación económica está dirigida a las mujeres que siendo el apoyo fundamental de la asistencia en el interior del hogar se convierten en las proveedoras principales de la atención que requieren las personas de edad. **Se promueve que los cuidados continúen siendo dispensados en el seno familiar y que las cuidadoras principales no realicen ninguna labor externa ajena a este trabajo reproductivo.** En definitiva, se fomenta que la población femenina de más de cincuenta años, esposa o hija de un mayor dependiente permanezca en su hogar para cumplir con el desempeño de las tareas que históricamente se le han delegado. Recordemos que según el IMSERSO (2004a) éste es el perfil básico de las cuidadoras familiares.

La insuficiencia de la protección social hacia las personas mayores en Galicia sale a la luz en la exigua cuantía con la que Xunta ha dotado estas ayudas económicas. La cantidad mensual se ha establecido en 180,48 euros a percibir por la cuidadora principal. En el caso de que una misma persona atienda a dos mayores dependientes, la subvención no se duplica, pero se amplía a 270,72 euros. El número de beneficiarias de esta prestación ha sido en el año 2003 de **608 personas**. Si la cantidad económica es exigua, la cobertura de este recurso es grotesca. **En Galicia, según los datos de la EDDES 99, existían 96.080 mayores con una dependencia severa o total. Esa cifra, por tanto, marca el colectivo diana de esta ayuda monetaria y, puesta en relación con el total de prestaciones concedidas, resulta una ratio de un 0,6%.**

**ORDEN DE 23 DE DICIEMBRE DE 2003 POR LA QUE SE APRUEBAN LAS BASES
REGULADORAS PARA LA CONCESIÓN DE AYUDAS DE APOYO A LAS
FAMILIAS CUIDADORAS QUE TENGAN A SU CARGO FAMILIARES MAYORES
DEPENDIENTES.**

Artículo 2º.- Beneficiarios

Podrán ser beneficiarios de esta ayuda los familiares cuidadores principales que tengan a su cargo, como máximo, el cuidado de dos personas mayores dependientes y que necesiten apoyos económicos para garantizar una atención adecuada y facilitar la permanencia en su propio contorno de convivencia.

Artículo 3º.- Requisitos: Cuidadores

- Estar empadronado y residir en alguno de los municipios de Galicia.
- Convivir con la persona/s mayor/es a la que cuida/n de una manera adecuada.
- Ser el cónyuge o mantener una relación análoga a la conyugal, o tener una relación de parentesco con la persona mayor, en línea recta por consaguinidad o en línea colateral por consaguinidad hasta el tercer grado, o bien en línea recta por afinidad al primer grado.
- Ser mayor de edad y no superar los sesenta y cinco años, gozar de buena salud y no padecer limitaciones que impidan atender adecuadamente al mayor/es.
- No recibir ayuda para igual o análoga finalidad otorgadas por otros organismos o instituciones públicas.
- No desempeñar ningún tipo de actividad laboral remunerada por cuenta propia o ajena.

Artículo 4º.- Requisitos: Personas mayores

- Ser mayor de sesenta y cinco años, o de sesenta años en aquellos casos en que se padezcan enfermedades neurodegenerativas tipo Alzheimer, debidamente acreditada. En todo caso, deberá existir una situación de dependencia severa.
- No recibir otras ayudas para igual o análoga finalidad otorgadas por otros organismos o instituciones públicas o prestaciones.
- Carecer de rentas o ingresos suficientes. La renta per cápita mensual de la unidad familiar no podrá superar la cuantía correspondiente al 70% del salario mínimo interprofesional. Para efectos de esta orden, se entiende por renta per cápita mensual el resultado de dividir por el número de personas que componen la unidad familiar la suma de los ingresos totales líquidos de la unidad familiar.

Fuente: Diario Oficial de Galicia de 31 de diciembre de 2003, pp. 16.497-16.505

4.3.5.- El cheque asistencial: la financiación de servicios privados de atención.

Desde el año 2001 existe en Galicia el denominado “cheque asistencial”. Este programa ha supuesto un cambio en la organización de la provisión pública de cuidados en nuestra comunidad, puesto que supuso una inyección económica para las personas dependientes con la finalidad de que comprasen en el mercado privado la atención necesaria para desenvolverse en la vida diaria. Se trata de una serie de vales o bonos que subvencionan la asistencia de las personas mayores con dependencia severa que deben comprar el servicio requerido en el mercado privado. El cuidado debe ser subcontratado a una empresa que se dedique a la prestación de este servicio. De esta forma, se

considera que el “cheque asistencial” promueve la iniciativa empresarial privada, fomenta la creación de empleo y además permite al beneficiario/a elegir con total libertad el sistema de provisión de asistencia que considere oportuno. Se fomenta “la provisión no-directa de servicios, divorciando así financiación pública y provisión del mismo tipo” (Rodríguez, 2005).

El programa de cheque asistencial presenta tres modalidades: una dirigida a la asistencia en el hogar, otra destinada a los centros de día y una tercera que subvenciona el internamiento en residencias geriátricas. En concreto, las características y los tipos de cheque asistencial son los siguientes:

Tabla 4.14.- Tipología y características del “cheque asistencial” en Galicia

Tipo	Características
RESIDENCIAL	Incluye las ayudas individuales destinadas a cubrir los gastos de estancias permanentes en centros asistenciales integrados en el programa
CENTRO DE DÍA	Incluye las ayudas destinadas a cubrir los gastos ocasionados por cuidados de recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional en centros de atención diurna incluidos en el programa
AYUDA A DOMICILIO	Destinada a cubrir los gastos ocasionados por servicios profesionales de atención integral, prestados en el propio hogar familiar por las entidades incluidas en el programa
ESTANCIAS TEMPORALES/RESPIRO	Ayudas destinadas a financiar los gastos derivados de estancias temporales en residencias del programa por un máximo de dos meses. Esta modalidad podrá incluir programas de formación y apoyo psicológico para los cuidadores.

Fuente: RODRÍGUEZ, C. (2005), “Nuevas iniciativas en la provisión de cuidados a las personas mayores. El cheque asistencial en la Comunidad Autónoma de Galicia”, *Panorama Social*, 2: 63-71

La política social gallega promueve mediante el “cheque asistencial” la subcontratación de la asistencia a empresas privadas. Que el cuidado sea dispensado por una empresa supone que sea realizada por una persona con conocimientos geriátricos, pues únicamente se incluyen como partícipes del “cheque asistencial” aquellas empresas que cumplan una serie de requisitos en cuanto a formación de su plantilla. Este vale asistencial supone una importante fuente de apoyo; sin embargo el fomento de la iniciativa privada por medio de políticas sociales (normalmente insuficientes) no es capaz de absorber toda la demanda existente en el sector de cuidado de dependientes. De hecho, uno de los inconvenientes que plantea este bono es la inexistencia de empresas privadas que dispensen el servicio. Esta situación se agrava para el territorio gallego, caracterizado por una extrema polarización entre zonas rurales y urbanas y su

dispersión poblacional. De ahí que las empresas constituyan una alternativa pero no se conformen como una solución.

A pesar de que la cobertura del “cheque asistencial” se ha ampliado considerablemente desde su puesta en marcha en la modalidad “atención en el hogar”²¹, pasando de 425 beneficiarios/as en 2001 a 1.736 en el año 2003, este programa sólo representa el 14,5% de toda la prestación domiciliaria en el municipio coruñés, por lo que el SAD es el servicio más desarrollado de cuidados en el hogar. La administración local de A Coruña con su propia financiación no puede ofrecer una ampliación del servicio. La lista de espera ha aumentado de 175 personas en el 2002 a 356²² en el 2005. Como declara la propia coordinadora del servicio de ayuda a domicilio del ayuntamiento, la lista de espera es mayor en número de personas que servicio se presta e incluso está acumulada desde el año 1999.

“Es que ahora tenemos más gente en lista de espera que de alta [...] Lo que más nos surge ahora mismo es que hacemos con esta lista de espera. Claro, es ya muy antigua. La última revisión que hice ya habíamos llegado a diciembre del 99, pero todavía hay gente que solicitó en diciembre del 99 que sigue en lista de espera”. (C1, Coordinadora SAD Ayuntamiento de A Coruña)

Tabla 4.15.- Usuarios y cobertura del “cheque asistencial” según modalidad en Galicia, 2003²³

Modalidad	Usuarios
Residencial	808
Centro de Día	173
Ayuda a Domicilio	1.736
Estancia temporal/respiro	1
TOTAL	2.718
Población >65 años con dependencia severa o total	96.080
Cobertura	2,8

Fuente: INE, EDDDES, 99 (explotación propia de microdatos); XUNTA DE GALICIA (2004), *Informe de xestión da Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia.

²¹ El programa “cheque asistencial” contiene cuatro modalidades de compra de servicios de asistencia: uno destinado a residencias, otros a centros de día, otro a la ayuda a domicilio y otro a la estancia temporal y/o respiro.

²² Número acumulado independientemente del año de la solicitud.

²³ No se ha tenido acceso a datos más recientes.

4.4.- Repercusión de la “Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia” sobre la protección social de Galicia y Navarra.

4.4.1.- Repercusión sobre la protección jurídica de la dependencia

La aprobación en el Congreso de Diputados el 30 de noviembre de 2006 de la “Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” conocida de modo popular como “Ley de Dependencia” introducirá importantes variaciones en el esquema autonómico y municipal de protección social. La Ley 39/2006 constituye el primer instrumento legislativo estatal de integración de un conjunto de prestaciones económicas y de servicios sociales para todo el colectivo dependiente independientemente de su edad y de la actividad laboral ejercida.

Dicha medida legislativa termina con un vacío legal en materia de protección a las personas con dependencia para la realización de las Actividades de la Vida Diaria, especialmente para el colectivo que supera los sesenta y cinco años. Si hasta el momento la normativa jurídica estatal en materia de dependencia tenía como finalidad cubrir únicamente aquellas situaciones en las que la enfermedad alejaba a los ciudadanos de su inserción en el mercado laboral, la Ley de Promoción de Autonomía Personal vincula legislativamente de forma pionera en España, vejez y dependencia como situaciones asociadas, por lo que, **la protección a la dependencia no está limitada exclusivamente a los individuos que no pueden acceder al mercado laboral, sino también a aquellos cuya ausencia de autovalimiento está asociada a su propio proceso de envejecimiento.** Es así que la dependencia queda definida como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (artículo 2, Ley 39/2006).

Los artículos 41, 49 y 50²⁴ de la Constitución Española están destinados a las personas con discapacidad y dependencia y hacen referencia a la necesidad de promover desde la esfera pública un sistema de servicios sociales destinados específicamente a este colectivo. Si bien, hasta el momento estos artículos reconocían la protección social de estos ciudadanos, dicho derecho no era vinculante, dependiendo su desarrollo de las leyes autonómicas, por ser las comunidades autónomas las entidades con competencia en materia de servicios sociales. Estos artículos a pesar de recoger la necesidad de crear unos servicios sociales de promoción del bienestar social dirigidos a las personas mayores (artículo 50) y a las personas con discapacidad (artículo 49), presentaban una seria deficiencia al no definir el **límite básico de la suficiencia de estas prestaciones sociales**.

La no existencia de un nivel mínimo de protección social cuestionaba la implantación y el desarrollo de un sistema público de protección social adecuado al mismo tiempo que promovió la formación de un mapa heterogéneo de prestaciones sociales según comunidad autónoma. La Ley de Dependencia supone un esfuerzo homogeneizador en materia de asistencia social y crea de forma pionera en España la exigencia en todas las regiones de un nivel básico de protección. Según señala la propia ley ha sido el envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de personas en situación de dependencia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo formal, los fenómenos que han repercutido en la aparición de este marco normativo que recoge las carestías asistenciales de esta población y la dotación mediante recursos públicos de sus necesidades de atención personal.

Una de las primeras medidas para articular las prestaciones estatales y autonómicas en materia de asistencia social es la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el cual participarán cada una de las administraciones

²⁴ “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres” (artículo 41 de la CE).

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos” (artículo 49 de la CE).

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda y ocio” (artículo 50 de la CE).

públicas con respeto a las competencias marcadas en el artículo 148.1.20 de la CE²⁵. El objetivo primordial del SAAD será garantizar las condiciones básicas y de previsión de los niveles de protección a los que se refiere esta Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia. En concreto, se han establecido tres niveles: "... un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos" (artículo 7, Ley 39/2006). Para que dicha implementación sea efectiva en todos los niveles, el SAAD contará con un Consejo Territorial que velará por la coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas²⁶.

La situación de dependencia será clasificada en tres grados con dos niveles cada uno de ellos (dependencia moderada, severa y gran dependencia) según la capacidad de autonomía con respecto a un grupo Actividades de la Vida Diaria (AVD). En concreto, la cobertura será efectiva únicamente en aquellas tareas que conforman las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y para la población que es dependiente severa o total en alguna de ellas. **Según una estimación realizada por Raquel Martínez (2007), la población objeto de protección por la Ley 39/2006 se acerca a las 77.000 personas en Galicia lo que supone el 40%²⁷ de la población dependiente en esta comunidad.**

Recordemos que tanto los expertos como las estadísticas suelen utilizar para estimar el número de personas dependientes un indicador que combina las necesidades asistenciales vinculadas tanto a actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, dando como resultado de la conjunción de ambas el indicador de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). No obstante, la Ley de Dependencia no protege las

²⁵ En el artículo 148.20.1 de la CE se explicitan las competencias de las Comunidades Autónomas entre las que se encuentra la materia de asistencia social.

²⁶ Al existir un nivel de protección a desarrollar por las Comunidades Autónomas seguirá existiendo un desequilibrio en la cobertura de las prestaciones sociales, pero la Ley 39/2006 implantará un nivel mínimo de protección social.

²⁷ Esta cifra es el resultado de dividir 76.993 (dependientes objeto de protección) entre 192.779 (total dependientes en Galicia).

dificultades de autonomía relacionadas con las Actividades Instrumentales (AIVD). Se ha restringido, por tanto, el concepto de dependencia y se han limitado las actividades a las cuales este término hace referencia, prestando atención solo a “el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (artículo 2, Ley 39/2006).

La ley restringe la población beneficiaria a aquella que presenta dificultades de autosuficiencia únicamente al nivel más básico, aquellas imprescindibles para poder subsistir de forma independiente, sin incorporar las actividades instrumentales, aquellas asociadas a tareas que implican interacciones con el medio y que están relacionadas con el control de los suministros y servicios del hogar.

Se considera que las prestaciones sociales son universales cuando se conciben como derechos de ciudadanía, es decir, cuando todos los individuos pueden acceder a ellas por el simple hecho de ser ciudadanos de un territorio. En el caso de España son servicios universales la sanidad y la educación primaria y secundaria. La Ley 39/2006 sin embargo, presenta criterios de selectividad según las características de la dependencia, al cual también habría que sumar el relativo a tener un período de residencia mínimo en el país de cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. De esta forma, los inmigrantes irregulares o de reciente regularización no podrán acceder a las prestaciones de esta legislación.

Su implantación se efectuará a partir del año 2007, en primer lugar, a las personas que sean valoradas como grandes dependientes, de forma que, el derecho a las prestaciones incluidas se realizará de forma progresiva y gradual desde aquellos ciudadanos con mayores necesidades de atención personal hasta aquellos cuya situación de dependencia sea más moderada. Por el momento, son clasificados como “grandes dependientes” alrededor de 18.000 personas en Galicia y 6.000²⁸ en Navarra (Martínez, 2007).

La financiación de los servicios sociales y prestaciones económicas que ha previsto la ley corresponderá a la Administración General del Estado y a las Administraciones Autonómicas. La Administración General deberá garantizar a las Administraciones

²⁸ Estimación realizada por el Instituto Navarro de Bienestar Social.

Autonómicas la financiación necesaria para poder establecer el nivel mínimo de protección marcado. La ley señala de forma explícita que los beneficiarios contribuirán económicamente a la financiación de los recursos utilizados en función de su renta y de su patrimonio. Se establece de esta manera un mecanismo de copago vigente en muchos países europeos y que ya existe en algunas comunidades autónomas españolas para afrontar el pago de servicios como el SAD, los Centros de Día o las Residencias Gerontológicas. **La novedad de la Ley 39/2006 en este aspecto reside en medir de forma independiente la economía del beneficiario, no calculándose la capacidad económica en función de la unidad doméstica.** La fórmula de valoración de la economía del beneficiario a partir de la de su núcleo de convivencia es conocida como principio de subsidiariedad, típico en los regímenes de bienestar mediterráneos (dentro de los cuales se enmarca España, ver capítulo 1). La adopción de medir la renta y los bienes materiales del dependiente permite entender la política social como protectora del beneficiario y no de toda la entidad familiar con la que habita. El catálogo de servicios sociales y de prestaciones económicas que presenta la ley se describe en el cuadro que aparece a continuación.

Tabla 4.16.- Servicios Sociales y Prestaciones Económicas de la Ley 39/2006

CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DE LA LEY 39/2006	
<u>SERVICIOS SOCIALES</u>	
1)	Servicios de prevención de las situaciones de dependencia
2)	Servicio de Teleasistencia
3)	Servicio de Ayuda a Domicilio:
-	Atención a las necesidades del hogar
-	Cuidados personales
4)	Servicio de Centro de Día y Noche
-	Centro de Día para Mayores
-	Centro de Día para Menores de 65 años
-	Centro de Día de Atención Especializada
-	Centro de Noche
5)	Servicio de Atención Residencial
-	Residencia de personas mayores en situación de dependencia
-	Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad
<u>PRESTACIONES ECONÓMICAS</u>	
1)	Prestación económica vinculada al servicio Se reconocerá cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.
2)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales Tiene carácter excepcional y se concederá únicamente cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar y se reúnan las condiciones adecuadas de habitabilidad y convivencia. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.
3)	Prestación económica de asistencia personal Su finalidad es la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria

Fuente: Ley 39/2006 de 14 de diciembre publicada en el BOE nº 299: 44142-44156

Debido a la reciente aplicación de esta legislación todavía no es posible evaluar las condiciones de las medidas de protección social aprobadas ni tampoco hacer un seguimiento de su implantación. Por lo tanto, a continuación se procede a analizar la posible repercusión de los recursos económicos y sociales aprobados por la Ley 39/2006 sobre la filosofía de las prestaciones económicas de asistencia y del recurso de Servicio de Ayuda a Domicilio existente en Galicia y Navarra.

4.4.2.- Repercusión sobre las prestaciones económicas

Las prestaciones económicas estatales cuya finalidad es la protección de la dependencia se han basado, hasta la aplicación de la Ley 39/2006, en una concepción de la ausencia de autonomía como “incapacidad para desempeñar un empleo”. **De esta asociación entre dependencia y dificultad de inserción en el mercado laboral se desarrolló una política social que vincula la necesidad de ayuda de una tercera persona únicamente con el colectivo dependiente en edad activa.** El estado de dependencia durante la vejez no fue considerada como una situación que deba ser cubierta por la Seguridad Social del Estado, de ahí que sean las Comunidades Autónomas, las que hasta el momento han procedido a su protección. Los complementos de “Gran Invalidez” (de la “Pensión de incapacidad permanente absoluta”) y de “Necesidad de Ayuda de Tercera Persona”²⁹ (de la “Pensión de invalidez no contributiva”) son los únicos subsidios de competencia estatal destinados al cuidado en caso de dependencia, y ambos imponen un límite de edad fijando como beneficiario exclusivamente a las personas comprendidas entre los 18 y los 65 años. La aprobación de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” **ha modificado esta filosofía de los subsidios estatales de compensar económicamente la discapacidad según su repercusión en la reducción de la capacidad de trabajo.**

Uno de los cambios más importantes de esta reciente legislación es la introducción de tres nuevas modalidades de ayudas económicas a las cuales se accede de manera excepcional, pues el objetivo primordial es garantizar, en primer lugar, el acceso del

²⁹ En su origen, antes de la aparición de las pensiones no contributivas, se denominaba “Subsidio por Ayuda de Tercera Persona” implantado por la “Ley de Integración Social de los Minusválidos” (LISMI). A pesar de que todavía hay personas que cobran este subsidio de la antigua LISMI, esta pensión está en proceso de desaparición.

dependiente a los servicios sociales y a la atención especializada dentro de la red pública de atención. La naturaleza de cada uno de estos subsidios es la siguiente:

- 1) **Prestación económica vinculada al servicio.** Se otorgará en aquellos casos en los que “no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario”. Esta prestación estará vinculada a la adquisición de un servicio (artículo 17, Ley 39/2006).
- 2) **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.** Se reconocerá “excepcionalmente cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar” y se reúnan unas determinadas condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda. “El cuidador deberá ajustarse a las normas de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social”. Asimismo, se incorporarán acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales entre las cuales estarán “programas de formación, información y medidas para atender los períodos de descanso” (artículo 18, Ley 39/2006).
- 3) **Prestación económica de asistencia personal.** Su finalidad es “la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia persona, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria” (artículo 19, Ley 39/2006).

Estas prestaciones se otorgarán con independencia de la edad del beneficiario y estarán vinculadas al grado de dependencia del mismo. Los subsidios estatales de protección a la dependencia, anteriores a los regulados por esta normativa, poseen otros criterios de aplicación en los que la vinculación con el mercado laboral es esencial. Por ejemplo, en cuanto a la fijación de la cuantía de las prestaciones, la pensión de “Gran Invalidez” la establecía a partir de la base reguladora del empleo anterior a la discapacidad introduciendo un carácter discriminatorio a favor de las pensiones más altas. De tal forma que esta pensión varía su cuantía en cada beneficiario a pesar de cubrir una misma situación de dependencia. Algo similar sucede con el “Complemento de Ayuda por Necesidad de una Tercera Persona” y también con la ya mencionada “Ayuda económica a cuidadores familiares” de la Xunta de Galicia. Aunque su importe

mensual es una cantidad fija no está relacionada ni con la situación social del dependiente ni con la severidad de la dependencia (únicamente se requiere poseer un grado de invalidez superior al 75% en el primer caso y una dependencia severa en el segundo).

Además, las tres nuevas prestaciones económicas tendrán como finalidad la promoción de la autonomía y los cuidados de atención personal del beneficiario y, **en el caso de que la asistencia sea realizada por miembros de la familia o cuidadores no profesionales es obligatoria su afiliación a la Seguridad Social**. Se supone, por tanto, que su cuantía fijada por el Real Decreto 727/2007 (BOE nº 138) debe acercarse al salario de un cuidador y, por lo tanto, comience a regularse ese creciente sector de actividad de cuidados informal en el que se ocupan un número importante de mujeres inmigrantes. El mencionado Real Decreto recoge que las cuantías máximas de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 son las siguientes:

Tabla 4.17.- Cuantías máximas establecidas por la Ley 39/2006 para las Prestaciones Económicas según grado y nivel de dependencia (euros/mes)

Grados y niveles dependencia	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidador no profesional	Prestación económica de asistencia personal
Grado III. Nivel 2	780 €	487 €	780 €
Grado III. Nivel 1	585 €	390 €	585 €

Fuente: Real Decreto 727/2007 de 8 de junio publicado en el BOE nº 138: 25256-25259

Las prestaciones más generosas son las vinculadas a la prestación de un servicio (sería una medida similar al “cheque asistencial”) y a la asistencia personal profesional. En ambos casos para grandes dependientes, la cuantía otorgada oscila entre 585 y 780 euros mensuales³⁰. Si, por el contrario, es alguien de la familia la persona que se dedique a realizar los cuidados o alguien contratado ajeno a la misma pero no profesional, entonces la subvención oscila entre los 487 y los 390 euros. Por lo tanto, en este caso, la prestación no alcanza el salario mínimo interprofesional que en el año 2007 se acerca a los 570 euros al mes.

³⁰ Es interesante, en este caso, la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 615/2007, que modifica el Decreto 2346/1969 de 25 de septiembre en el que se regulan las personas que forman parte de personal doméstico. Pues bien, esta disposición adicional advierte que los cuidadores profesionales contratados mediante la “Prestación económica de asistencia profesional” no formarán parte del servicio doméstico aunque trabajen en el domicilio del dependiente.

Por otro lado, el Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo (BOE nº 114 de 12/05/07) por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia, incide en que estos cuidadores no profesionales pueden ser, o bien familiares, o bien personas del entorno que pueden contratarse pero, siempre y cuando, esa persona ya se haya dedicado al cuidado del dependiente durante al menos un período previo de un año³¹ y viva en una localidad de difícil acceso a otros servicios públicos. Es decir, puede contratarse a mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados a través de esta prestación pero, en principio, solo en aquellos casos en los que el dependiente habite en zonas rurales.

Sin embargo, el Real Decreto 615/2007, no contempla cómo se acreditará este tiempo de cuidados, siendo el trabajador social al que corresponde evaluar el grado de dependencia y la concesión de la ayuda, la persona que debe certificar que este criterio se cumple. Lo que sí aclara en su artículo 2 es que los cuidadores no profesionales quedarán “incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta, mediante la suscripción del convenio especial regulado en este real decreto” (Real Decreto 615/2007). En caso de que se otorgue una prestación económica por cuidador no profesional, éste asistente estará dado de alta automáticamente en la Seguridad Social, evitándose así la proliferación de un mercado irregular de cuidados tal y como sucedía con la ayuda económica del Gobierno de Navarra. Y, además, del hecho de que el alta laboral deba realizarse en el Régimen General se desprende que la propia administración empieza a concebir el trabajo de cuidados a domicilio independientemente del Régimen Especial

³¹ El artículo 1 del Real Decreto 615/2007 define de la siguiente manera a los cuidadores no profesionales:

“1. A los efectos de lo previsto en los artículos 2.5, 14.4 y 18 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, podrán asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco.

2. Cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o **circunstancias geográficas** o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, la administración competente podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aun no teniendo el grado de parentesco señalado en el apartado anterior, **resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año**”.

de Empleados de Hogar, situación en la que se encuentra el sector doméstico de cuidados³² en el que preferentemente se incorporan mujeres inmigrantes.

Se espera también que estos cuidadores no profesionales realicen cursos de formación en geriatría y en atención personal proporcionando a la familia un mejor conocimiento de la situación social, física y psicológica de la población dependiente. Es más, se ha aprobado una Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Orden TAS/195/2007 de 2 de febrero (BOE nº 32 de 6 de febrero de 2007), por la que se establecen subvenciones, tanto públicas como privadas, que realicen programas formativos a futuros inmigrantes en sus países de origen. Estas acciones de formación se realizarán con respecto a las actividades laborales que contempla el catálogo de ocupaciones de difícil cobertura, entre las que se encuentra el cuidado de personas mayores. Por lo tanto, la administración es consciente de la inserción del colectivo inmigrante en el sector doméstico de cuidados y que para desempeñar esta asistencia es necesaria una formación previa.

El Gobierno de Navarra adelantándose a la protección estatal de la dependencia de la Ley 39/2006 ya aprobó con vigor a 1 de enero de 2007 una serie de prestaciones económicas para cubrir la necesidad de una tercera persona. El marco legal que recoge este cambio es la Orden Foral nº 156 publicada en el BON el 29/12/06 y sustituye la Ayuda Económica del SAD analizada en este capítulo por otra denominada como “Ayuda Económica a Personas Dependientes”. Esta nueva prestación económica presenta dos modalidades:

- 1) **Ayudas para dependientes severos y/o graves para la contratación de un cuidador.** En este caso no existe la distinción entre si es o no es profesional. La cuantía de este subsidio oscila entre los 746 y los 365 euros y existe la obligatoriedad de dar de alta en la Seguridad Social a la persona contratada.
- 2) **Ayudas para dependientes severos y/o graves para el entorno familiar.** Los cuidados tienen que ser realizados por un familiar y no se exige la afiliación a la Seguridad Social (en contra de la prestación económica que para esta misma

³² En el capítulo 5 se detallan las condiciones laborales del Régimen Especial de Empleados de Hogar y en el capítulo 6 se justifica por qué el sector doméstico de cuidados debe poseer una regulación diferente a la del servicio doméstico tradicional.

situación contempla la Ley 39/2006). La cuantía máxima es de 568 euros y la mínima se sitúa en los 365 euros.

En el momento de redacción de este apartado (julio 2007) todavía se estaban valorando las solicitudes presentadas para ambas prestaciones económicas y, por lo tanto, aún no había ningún beneficiario de las mismas. Aunque debido a que son medidas recientes, varias responsables del INBS que se encargan de gestionar las solicitudes³³, ya se han encontrado con el problema de que la mayor parte de las familias que solicitan la primera modalidad, de contratación de un cuidador, no pueden finalmente acogerse a ese subsidio pues el cuidador que la familia desea es una mujer inmigrante que está en situación irregular y, por lo tanto, deben proceder en primer lugar a regularizar su situación para posteriormente, efectuar su alta en la Seguridad Social. En esos casos, se estaba observando que las familias, ante la imposibilidad de acceder a esa ayuda, solicitan la segunda modalidad, destinada a los cuidados en el entorno familiar, que a pesar de que la cuantía es menor, les permite seguir manteniendo a la mujer inmigrante cuidadora sin papeles, siendo el subsidio una ayuda para pagar su salario.

En el caso de la Comunidad de Galicia todavía no se ha publicado ninguna regulación autonómica de adecuación a las prestaciones económicas que contempla la Ley 39/2006.

4.4.3.- Repercusión sobre los Servicios Sociales

Los que contempla la Ley 39/2006 son los ya mencionados: Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centros de Día y Residencias Gerontológicas. En la actualidad los usuarios de estos servicios suman 28.371, caracterizándose los beneficiarios por su elevada heterogeneidad en cuanto a situación social y nivel de autosuficiencia. El esfuerzo que tendrá que realizar el gobierno autonómico será considerable, sobre todo, en aquellos servicios destinados a las personas mayores de 65 años. La repercusión de la reciente regulación de la dependencia sobre los servicios sociales va más allá de la extensión de su cobertura. También va a tener relevantes incidencias sobre la propia filosofía de cada uno de los recursos ofertados.

³³ La información me la han ofrecido diversas trabajadoras del Instituto Navarro de Bienestar Social en una reunión mantenida en la sede de dicha institución en mayo de 2007.

Por ejemplo, el Servicio de Ayuda a Domicilio, uno de los mejor valorados por los profesionales para cubrir las necesidades de atención personal, pasará a ser un servicio de copago. Aunque en algunos municipios españoles ya existía con anterioridad a la Ley la obligatoriedad por parte del usuario de contribuir económicamente en la financiación del servicio, en otras entidades locales, como es el caso del concello de A Coruña, la responsabilidad de su subvención corresponde en su totalidad al ente municipal.

Para favorecer la implantación del SAD en Galicia acorde a los requisitos de la Ley se ha aprobado una Orden con fecha a 31 de enero de 2007 en donde se establece la obligatoriedad de atención a las personas calificadas como “grandes dependientes” durante un mínimo de tres horas diarias de lunes a viernes tanto de atención doméstica como personal. Hasta el momento esta orden aprobada en el DOGA de 7 de marzo de 2007 es la única disposición legal que intenta adecuar un servicio social a las exigencias de la Ley de Dependencia. Y es que además hace referencia a la intensidad de la atención que durante el año en curso debe proporcionar a los usuarios con una dependencia grave. Este nuevo criterio modifica las líneas básicas de actuación del SAD en torno a dos ámbitos: el primero está relacionado con el tipo de usuarios a los que está destinado este servicio y, el segundo, está vinculado a la periodicidad temporal y a la duración media de su prestación.

Recordemos que la filosofía del SAD es atender a personas con un nivel moderado o leve de dependencia que requiere la ayuda de una tercera persona para la realización de tareas básicas de la vida diaria, tanto referentes al mantenimiento del hogar como a la asistencia personal de los beneficiarios. Este recurso podía dispensarse con una duración máxima de dos horas diarias y no era un requisito imprescindible que se ofreciese todos los días de la semana. Al tener sus usuarios una dependencia moderada podía concederse el servicio con una periodicidad semanal, quincenal o incluso mensual. De hecho, la media de horas de atención por mes y usuario es de 29 horas (IMSERSO, 2005b:924). Se consideraba que aquellas personas que necesitaban una atención permanente no eran objetivo de la asistencia a domicilio, sino que necesitaban otros recursos, como los Centros de Día o las Residencias Gerontológicas donde los cuidados se desarrollan con una mayor intensidad temporal. Sin embargo, parece que a partir de ahora también estará dirigido a personas con una dependencia severa que, teniendo una

red de apoyo familiar, solamente requieran una atención externa al hogar de tres horas diarias con la limitación de que ésta se dispensa cinco días a la semana, quedando la responsabilidad de los fines de semana a los cuidados desempeñados por sus familiares u otros cuidadores contratados de forma privada. Quizá sea posible que pueda compaginarse el SAD con otros servicios de atención (ayudas económicas, Centros de Día,...) pero aún no se han establecido los criterios de compatibilidad entre los diversos recursos.

En cuanto al resto de servicios sociales disponibles en la red pública de protección social todavía no es posible analizar la repercusión de la Ley aunque ya han comenzado a desarrollarse subvenciones para la creación de nuevos Centros de Día y Residencias que aumenten el número de plazas disponibles para la población dependiente (como el Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y la Comunidad Autónoma de Galicia para la realización de programas y/o proyectos cofinanciados del Plan de Acción a favor de personas en situación de dependencia). También se espera la ampliación de servicios destinados a la prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

4.5.- Conclusiones

El Servicio de Ayuda a Domicilio aparece prácticamente en todos los municipios españoles de más de 20.000 habitantes. A pesar de la homogeneidad de su existencia, las características y la filosofía de implantación de este servicio varían en cada una de las corporaciones locales en las que se encuentra. Los ejemplos de Pamplona y A Coruña en cuanto a gestión y funcionamiento son un ejemplo que muestra esta diversidad. Podría decirse que existe una geografía de servicios sociales, acuñando con este término las divergencias existentes en cuanto a tareas desempeñadas, perfil de los trabajadores y cobertura de cada una de las prestaciones de protección social. Los servicios sociales son competencia autonómica y la ausencia de un elemento normativo estatal que regulase la existencia de un nivel mínimo de prestación en cada región favoreció la diversidad descrita. Al comienzo del capítulo se hacía la distinción entre la España profesionalizada y la España doméstica, la España que ofrece unos servicios

sociales de atención a domicilio basados en cuidados personales y la España que oferta una asistencia en el hogar basada prácticamente en el mantenimiento del hogar.

Esas geografías de los servicios sociales conviven con unas determinadas geografías de privatización de los cuidados. El desarrollo económico, social, urbano y político genera diferencias esenciales en las peculiaridades que presentan los contextos urbanos y autonómicos estudiados. Pamplona y A Coruña son ejemplos de la polaridad existente. Navarra aparece como uno de los territorios del estado con unos servicios sociales de atención a domicilio más desarrollados de España. La cobertura del SAD de un 6,3% del SAD (tanto en atención directa como en ayuda económica) sobre los mayores de 65 años hace que se erija como una de las comunidades autónomas que más financiación han reservado a este servicio social. Sin embargo, no es oro todo lo que reluce y la seducción de esta cifra esconde importantes desigualdades en la manera de prestar atención al colectivo dependiente y a la forma en la que se ha reglado el mercado laboral de las trabajadoras a domicilio. El sector laboral de cuidados no es uniforme ni tan siquiera en una misma ciudad. La brecha no está marcada únicamente entre las nativas y las inmigrantes, sino que también se imponen otras condiciones que exacerban las distancias entre grupos sociales. Ser contratada por un ayuntamiento o por una empresa privada también determina, entre las propias mujeres nativas, las situaciones de vulnerabilidad en el seno de las relaciones laborales. La administración pública guarda para sus trabajadores las mejores condiciones pero tras esta imagen de transparencia se delega a las empleadas del sector privado de cuidados un empleo con horarios más amplios, salarios más bajos y cuidados más intensos al atender a la población con dependencia más severa.

Mientras el SAD municipal de Pamplona externaliza costos y trabajo duro a las cuidadoras contratadas por entidades privadas, también delega la asistencia intensiva en manos de las familias. Estamos en un estado de bienestar familista, que repercute en que sean las familias las personas que se ocupan de las peores situaciones de cuidado. El costo de la bonanza del desarrollo económico y social es el hueco que la mujer autóctona ha dejado en sus hogares. Cuando a esta situación se une un irreversible envejecimiento de la población y una internacionalización del trabajo reproductivo, se incrementa la demanda de mujeres cuidadoras a domicilio a través de una mano de obra obligada por sus propias circunstancias a aceptar cualquier tipo de empleo.

La ausencia de servicios sociales adecuados no es la única condición que introduce a las mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados, sino que las nuevas tendencias privatizadoras de la política social también inciden en este proceso. Las ayudas económicas que en Navarra se han implantado dentro de la sección del SAD han promovido la creación de un sector doméstico de cuidados delegado a las mujeres inmigrantes.

En A Coruña la geografía del cuidado es diferente. Mucho envejecimiento, demasiada emigración y escasa participación femenina en el mercado laboral formal. El resultado es que los servicios sociales han tenido un escaso desarrollo y poca financiación animada no únicamente por el grado de desarrollo de la comunidad gallega, sino también por quince años continuos de una política de derechas que poco o nada ha pensado en la situación del colectivo dependiente. Y si lo ha hecho, ha estado encubierta por una población femenina que todavía cumple con sus tareas reproductivas. De ahí que la política social derive en políticas sociales tendentes a que sean los miembros familiares femeninos a que se dediquen al trabajo de cuidados. Ambas geografías del cuidado, la que delega por completo la responsabilidad en las familias y la que comienza sus pinitos en el mundo de la privatización, no son más que la representación de un régimen foral de cuidados y un régimen fragal de asistencia.

La Ley 39/2006 comienza a cambiar este mapa heterogéneo de prestaciones sociales a la dependencia estableciendo un nivel mínimo de protección en todas las CC.AA. La forma en la que se implante y se aplique cada una de las prestaciones y las cuantías máximas que establecerá cada gobierno autonómico promoverá de nuevo una inevitable desigualdad territorial. En Navarra ya se ha aprobado una Orden Foral que regula las prestaciones económicas. En Galicia todavía no se ha establecido ninguna norma reguladora a este respecto.

Capítulo 5.- Cómo se genera y cómo se regula el sector doméstico de cuidados

Septiembre 2004. Estoy en Pamplona realizando el trabajo de campo de mi tesis doctoral y acudo a Cáritas a realizar una entrevista a Idoia, la persona que coordina la bolsa de empleo para trabajadoras inmigrantes. Tengo que esperar media hora para hacer la entrevista. Hay personas esperando en la sala a tener una cita con ella y por supuesto están primero que yo. Entran a su despacho y desde fuera oigo como se está acordando una posible entrevista de trabajo. Una de las mujeres le da las gracias a la encargada de Cáritas con un hilo de sincera gratitud: “a ver qué tal me va”, le dice. La fuerza del carácter de Idoia combinada con su claridad explicativa y amabilidad ha generado un clima de confianza entre ella y las mujeres que van a buscar empleo. Entro en el despacho dispuesta a realizar la entrevista e Idoia me comenta que podría ser una buena idea que esté presente en el proceso de selección de las cuidadoras para que pueda observar como se efectúa. Es así como durante una semana comparto con ella sus horas laborales. Mis funciones de cara a los presentes son las de una “becaria” que toma notas.

Al día siguiente acudo a mi primer proceso de selección. La cita con la familia empleadora es a las doce de la mañana. La “chica” seleccionada llegará 20 minutos más tarde. La diferencia horaria tiene como finalidad que Idoia explique a la familia las condiciones laborales y comentarles cuáles son las características personales y profesionales de la mujer a la cual es posible que contraten. Además de aconsejarles sobre el salario, las vacaciones, el tiempo de descanso y las pagas extra, les habla de las dificultades por las que pasan estas mujeres inmigrantes: “Sabéis que es un trabajo muy duro que requiere mucha atención. Cuántas más horas pueda descansar la chica mejor se encontrará de ánimo y mejor podrá cuidar a vuestra madre. Tenéis que explicarle todo lo que queréis. Sobre todo debéis explicarle la situación de dependencia en la que se encuentra”.

En este caso, los miembros de la familia que acuden a la selección son una hija y un hijo de la anciana dependiente. Victoria, la hija, es la cuidadora principal hasta el momento. Siendo la única mujer de una familia de tres hermanos y viviendo al lado de su madre, era fácil que le tocara a ella la tarea del cuidado. Victoria explica que se siente muy cansada y percibe que la enfermedad y el cuidado que le dispensa a su madre han perjudicado tanto su relación de pareja como la mantenida con sus dos hijos. Trabajando fuera del hogar a jornada completa siente que la situación de cuidar a su madre la ha saturado. Además ella constituye el único pilar de la familia: uno de sus hermanos es discapacitado y, el otro, que fue con ella a la entrevista, a pesar de acompañar a su hermana, no parece compartir la carga de los cuidados.

Necesitan a una persona interna y en ningún momento preguntaron por su capacitación en materia de atención personal ni en su experiencia en ese ámbito. A Victoria se le quiebra la voz cuando habla de su madre y de la situación de sobrecarga en la que se encuentra. Físicamente se la ve

agotada y psicológicamente declara que está tomando una medicación prescrita por el médico. Aceptaron las condiciones de Cáritas sin poner ningún problema. Parece ser que están pendientes de obtener alguna subvención del Gobierno de Navarra para la asistencia. Idoia les informó un poco de esas prestaciones. En principio, buscan una empleada durante un período corto de tiempo pues piensan que las ayudas estatales les van a solucionar el problema. Idoia les comenta lo que ya sabe por experiencia de otras familias que acuden a la entidad: “las ayudas sociales no sirven para mucho”.

Llaman a la puerta. Es María, la candidata citada para el puesto de trabajo, a la que Idoia ya explicó por teléfono las características de la familia y del trabajo que tendría que efectuar. Se trata de una mujer colombiana (de unos 50 años). Durante la conversación no entendía algunas de las expresiones utilizadas. Le explicaron qué era una “trombosis” (enfermedad que padecía la anciana) y cuál sería su papel dentro del hogar. Ella se mostraba conforme y muy interesada en aceptar el trabajo. Su situación jurídica es de “residente legal” aunque carece de permiso de trabajo. No es posible su obtención porque vino mediante una reagrupación familiar iniciada por su hija (que se había casado con un hombre español). Dicha situación jurídica no permite la inserción del miembro reagrupado en la economía formal hasta después de cinco años de residencia en el país.

Parece que hay entendimiento y complicidad entre ambas partes. Finalmente, trabajadora y familia acuerdan verse al día siguiente en el hogar de la persona mayor para presentarle a la nueva cuidadora. Idoia les recuerda la importancia de dar un descanso diario de una o dos horas a la empleada. Victoria en ese momento le dice a su hermano en tono de reprimenda: “A ver si te pasas alguna tarde para estar con mamá”.

El mercado laboral del cuidado de ancianos dentro del servicio doméstico en el que se inserta la población inmigrante se estructura en torno a las bolsas de empleo de las organizaciones no gubernamentales, de las entidades religiosas y de los sindicatos que tienen entre sus finalidades la atención de las necesidades de la población inmigrante. Con el término “bolsa de empleo” se hace referencia al conjunto de las ofertas y de las demandas laborales cuya gestión es delegada a asociaciones del Tercer Sector o a organizaciones eclesásticas, sin que sean reguladas ni por los mecanismos privados del mercado (por ejemplo, Empresas de Trabajo Temporal) ni por los cauces públicos habituales (Oficinas de Colocación).

Las instituciones que organizan estas bolsas de empleo en muchos casos trabajan con más colectivos, no estando únicamente su interés dirigido a las personas foráneas. Incluso algunas de estas entidades han incorporado a sus directrices el ámbito migratorio por el propio devenir de este fenómeno. A sus sedes empezaron a llegar hombres y mujeres procedentes de otros países en situación de discriminación y exclusión social, circunstancias que con anterioridad eran vividas en exclusiva por algunos segmentos de la clase obrera nativa. En otras ocasiones han nacido para cubrir específicamente la satisfacción de las demandas laborales, de asesoramiento e información de estos nuevos residentes. Estas divergencias en la filosofía de las organizaciones que gestionan el sector doméstico de cuidados se recogen en una clasificación de las “bolsas de empleo” en tres categorías: católicas, profesionales y solidarias.

Los técnicos de estas instituciones son quienes mejor conocen la forma en la que se organiza el sector doméstico de cuidados en el que se inserta la población inmigrante. Se trata de personas con un contacto diario tanto con las familias empleadoras como con inmigrantes que desempeñan esta tarea. Este capítulo recoge la perspectiva de trece informantes pertenecientes a ONG's, sindicatos e instituciones religiosas que tienen en sus respectivas organizaciones bolsas de trabajo destinadas a la gestión de la oferta y a la demanda de la actividad del cuidado.

Para adentrarse en la estructura de este mercado laboral es esencial analizar cómo surge la bolsa de trabajo de cuidados en el seno de estas entidades, cómo se ha procedido a gestionar la bolsa de empleo y cuáles son las funciones de las asociaciones en la

definición de las condiciones laborales y en la información y asesoramiento tanto a las familias como a las empleadas.

El objetivo de este capítulo es estudiar las estrategias que han seguido las asociaciones para organizar el trabajo de cuidados dentro del servicio doméstico.

La equiparación en el plano legislativo de la cuidadora en el hogar con trabajadora doméstica ha provocado que las asociaciones e instituciones encargadas de gestionar la bolsa de empleo tuviesen que enfrentarse a una serie de inconvenientes. En concreto, se han distinguido dos dificultades. La primera se relaciona con el desequilibrio entre las modalidades de empleo del servicio doméstico y las modalidades de trabajo que han surgido para cubrir las ofertas de cuidados. Al no poder insertarse toda la tipología de cuidadoras dentro del concepto tradicional del servicio doméstico se requiere la gestión de unas condiciones de trabajo específicas para las que no existe un marco laboral de referencia. Las modalidades de atención que se han distinguido son las de convivencia, asistencia y compañía. La segunda se refiere al proceso de adaptación que han tenido que seguir algunas de estas entidades, en las cuales, la “bolsa de empleo” surgió de manera espontánea sin que existiese una planificación de los mecanismos adecuados para su organización.

Operativamente la exposición compara los territorios de Pamplona y A Coruña (localidades en las que se ha realizado el trabajo de campo) para ejemplificar la diversidad existente en la organización de este sector laboral. En las dos ciudades se han escogido las entidades más representativas en la canalización de las ofertas y demandas de trabajo del sector doméstico de cuidados para inmigrantes. En cada una de ellas se seleccionó para la entrevista a la persona encargada de coordinar la bolsa de empleo. El siguiente esquema resume el trabajo de campo realizado para la redacción de este capítulo:

Tabla 5.1.- Información cualitativa utilizada para analizar el papel de las Organizaciones No Gubernamentales en A Coruña y Pamplona

	PAMPLONA	A CORUÑA
ONG's	CRUZ ROJA (P1)	ECOS DO SUR (C1) ECODESARROLLOGAIA (C2) EQUUS ZEBRA (C3) CRUZ ROJA (C4)
SINDICATOS	ANAFE (CCOO) (P2)	CITE CORUÑA (C5)
INSTITUCIONES RELIGIOSAS	CÁRITAS (P3) CASA MISERICORDIA (P4) CONGREGACIÓN MARÍA INMACULADA (P5)	CONGREGACIÓN MARÍA INMACULADA (C6) CÁRITAS (C7) CENTRO HOGAR (C8)

5.1.- Tipología de la bolsa de empleo:

Católica, profesional y solidaria

5.1.1.- Pamplona: la convivencia de bolsas de empleo generadas a partir de criterios divergentes.

En Pamplona existen cinco organizaciones con una bolsa de trabajo destinada al sector doméstico de cuidados en el que se inserta el colectivo inmigrante. Se trata de Cáritas, la Congregación María Inmaculada, la Casa de la Misericordia, ANAFE y Cruz Roja. Al no tener cada una de estas entidades la misma filosofía de intervención, las bolsas de empleo de cada una de ellas parten de diferentes criterios, dándose lugar a la convivencia de dos categorías de bolsas de trabajo. Una de ellas se ha calificado como **“bolsa de empleo católica”** porque es gestionada desde las organizaciones religiosas de la ciudad (Congregación María Inmaculada, Cáritas y Casa de la Misericordia). La otra

se denomina “**bolsa de empleo profesional**” por aparecer en entidades laicas, en este caso, ANAFE y Cruz Roja, que además de organizar las ofertas y demandas laborales del sector de cuidados ofrecen orientación formativa y laboral, o bien para profesionalizarse en el ámbito de asistencia de personas mayores, o bien para cambiar de actividad.

Las diferencias entre ambas bolsas de empleo se fundamentan, principalmente, en el **tipo de inmigrantes** que pueden acudir a cada una de estas organizaciones y en la **orientación laboral** que proporcionan. Mientras que las instituciones religiosas mencionadas (Cáritas, Congregación María Inmaculada y la Casa de la Misericordia) recogen el empleo sumergido que aparece en torno al sector doméstico de cuidados y, por lo tanto, trabajan con población irregular, ANAFE al tener una naturaleza sindical (pertenece a CC.OO.) y Cruz Roja, únicamente albergan ofertas y demandas de trabajo para inmigrantes documentados.

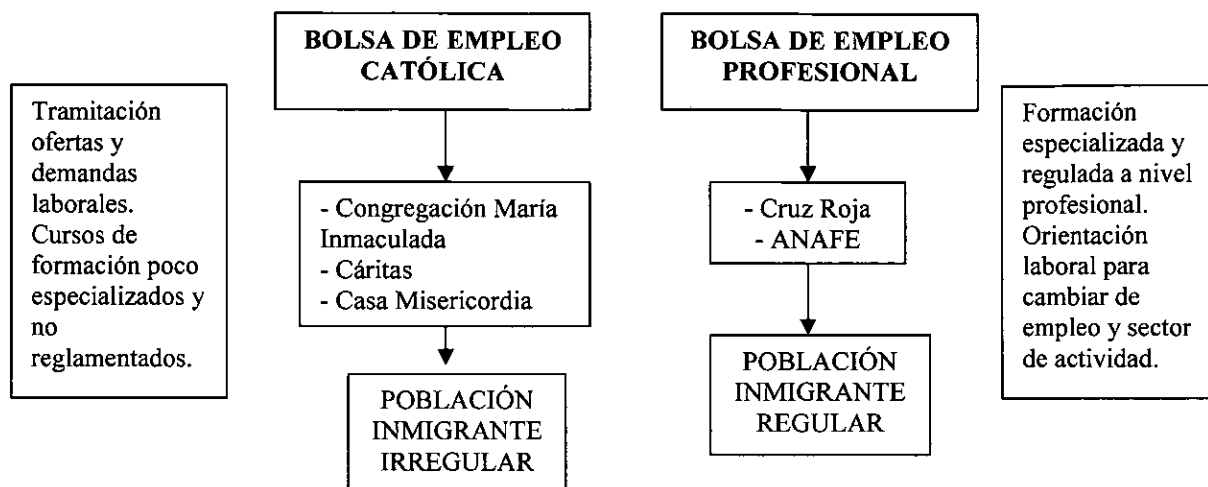
Es necesario entender esta clasificación de bolsas de empleo como “tipos ideales” en el sentido weberiano de la expresión¹ puesto que estas categorías no son compartimentos estancos sino que en la realidad aparecen en un estado difuso y cambiante. De hecho, las instituciones religiosas también ofrecen empleo para el colectivo regular y, desde el año 2005, Cruz Roja parece gestionar algunas ofertas de empleo a personas irregulares². No obstante y a pesar de que estas entidades puedan modificar las personas a las que se les permite acceder a las bolsas de empleo, lo cierto es que, Cruz Roja y ANAFE poseen departamentos que permiten el **acceso de inmigrantes a cursos formativos** de atención personal que no se encuentran en las organizaciones católicas. Las entidades religiosas cuentan únicamente con personal eclesiástico que organiza la recepción de las ofertas laborales y las deriva a aquellas personas inmigrantes que acuden a su sede en búsqueda de un empleo; y aunque en ocasiones también preparan cursos de asistencia a personas

¹ “Un tipo ideal está formado por la acentuación unidimensional de uno o más puntos de vista y por la síntesis de gran cantidad de fenómenos concretos individuales difusos, distintos, más o menos presentes, aunque a veces ausentes, los cuales se colocan según esos puntos de vista enfatizados de manera unilateral en una construcción analítica unificada... Dicha construcción mental, puramente conceptual... no puede ser encontrada en ningún lugar de la realidad” (Weber, 1949: 90).

² La demanda de empleo por parte del colectivo irregular es lo que ha hecho modificar la filosofía de la entidad. Al realizar el trabajo de campo que aquí se analiza en el año 2004 se ha tomado la referencia de cuando Cruz Roja únicamente atendía a población documentada.

dependientes, esta capacitación no puede considerarse una educación formal al estar centrada en indicaciones básicas de primeros auxilios.

Gráfico 5.1.- Clasificación de las bolsas de empleo en el sector doméstico de cuidados en Pamplona



Fuente: Elaboración propia

Las organizaciones pioneras en la recepción de inmigrantes en esta ciudad son la Congregación María Inmaculada, Cáritas y ANAFE. Las tres emprendieron su experiencia con este colectivo a principios de los años 90. La **Congregación María Inmaculada** se configura como la primera institución con bolsa de empleo en el servicio doméstico ya que nació en 1876 para atender las necesidades de las mujeres que desde las zonas rurales acudían a las ciudades en búsqueda de un empleo. Normalmente las protagonistas de este éxodo se encontraban solas en las urbes en espera de una oportunidad de trabajo. Mientras no se ubicaban laboralmente esta institución les ofrecía comida, alojamiento e incluso “las educaba en las labores del hogar ya que esa era su única alternativa para poder trabajar con remuneración” (P5, Responsable Congregación María Inmaculada). A medida que se fue produciendo la extranjerización del servicio doméstico esta congregación comenzó a dirigirse a la población inmigrante, al ser este colectivo el que comienza a sustituir a la mano de obra nativa en el sector doméstico. Su labor en la gestión de las ofertas y demandas laborales en el servicio doméstico y el cuidado de personas mayores destaca no solamente en la ciudad de Pamplona, sino que también en A Coruña se ha configurado como una de las

entidades más importantes en la organización de la bolsa de empleo en torno a esta actividad³.

“Ahora mismo es la misma idea pero ahora son inmigrantes y no mujeres que vienen de los pueblos” (P5, Responsable Congregación María Inmaculada).

En Pamplona también es relevante el papel de otra institución religiosa, **Cáritas**, que empieza a trabajar con un servicio propio de inmigración en 1986, cuando comienzan a llegar inmigrantes a su programa de transeúntes. En 1994 se pone en marcha el “Programa de Inmigrantes de Cáritas” con funciones de asesoría jurídica e información al que acudían principalmente usuarios extranjeros varones de origen magrebí. La bolsa de empleo en el sector doméstico de cuidados surgió en 1996 “de manera espontánea” (P3, Coordinadora Laboral Cáritas) cuando se percibe la llegada a esta institución de mujeres inmigrantes, principalmente latinoamericanas, en búsqueda de un trabajo. Se trataba de mujeres extranjeras que llegaban a la ciudad en ausencia de derechos jurídicos, sin alojamiento y con necesidades de encontrar un trabajo rápido. Al mismo tiempo, y por otro lado, también comenzaron a acudir familias nativas con importantes dificultades para dar asistencia a sus personas mayores. Las circunstancias vitales de las indocumentadas requerían de una incorporación inmediata al mercado laboral por lo que se produjo un encaje perfecto entre la situación de inestabilidad y necesidad que experimentaba el colectivo inmigrante femenino y las demandas de atención personal de las familias españolas.

“[...] Cada vez fueron llegando más personas y el tema de la bolsa de empleo, surgió un poco de manera muy espontánea. Yo estaba aquí haciendo prácticas y bueno, iba pasando la gente, iban llegando mujeres, hará siete años, empezaban a llegar mujeres latinoamericanas ecuatorianas, o colombianas, con el bolso que no sabíamos... y por otro lado nos empezaron a llegar también familias con problemas para atender a sus personas mayores terribles. Alzheimer, demencias, incapacidades físicas porque no podían hacer frente, porque normalmente el hijo o la hija normalmente trabajaban y aparte tenían sus hijos, pues no podían hacer frente a la situación. Y la asistencia que ofrece el Gobierno de Navarra no cubre para nada un poco las necesidades de estas familias. Entonces, fue la cosa un poco tonta. Tú no tienes casa, quieres trabajar, quieres ganar un dinero, estos necesitan a alguien que

³ La publicación del IMSERSO (2005c) titulada “Cuidado a la dependencia e inmigración” resalta además la importancia de esta Congregación como entidad clave en la gestión de las demandas para el cuidado de ancianos en otras comunidades como el País Vasco. “Las Hermanas María Inmaculada parecen ser la agencia mediadora que registra un mayor flujo de inmigrantes en la CAPV en este sector: reciben demandas desde particulares, desde Cáritas y desde las parroquias; organizan un fichero de ofertas y de demandas de empleo; administran una bolsa de trabajo; imparten cursos de formación y reciben también las ofertas, que clasifican y vehiculan”. (IMSERSO, 2005c: 402).

esté en casa, fundamentalmente te hablo de internas, pues juntamos. Y a raíz de ahí fue un poco surgiendo la historia. Te hablo de eso, hace cinco o seis años, siete años. Entonces, fundamentalmente era para personas mayores y en régimen de interna, fundamentalmente, ¿eh? Entonces, pues bueno, surgió así". (P3, Coordinadora Laboral Cáritas)

Aunque la Congregación María Inmaculada tiene una mayor tradición en la gestión de una bolsa de trabajo en el servicio doméstico, la bolsa de empleo en este sector dirigida a la población inmigrante surge primero en Cáritas, ya que las declaraciones de la responsable de la Congregación indican que no es hasta 1999 cuando aparecen en su entidad mujeres inmigrantes demandantes de servicio doméstico, mientras que en Cáritas ya comienza tres años atrás.

"La inmigración lleva llegando aquí, a la Congregación, cinco años" (P5, Responsable Congregación María Inmaculada).

A pesar de que la bolsa de trabajo del sector de cuidados comienza a gestarse y a gestionarse en Pamplona por las entidades del Tercer Sector a mediados de la década de los noventa, los datos estadísticos no corroboran que existiese en esa fecha un flujo de llegadas relevante de mujeres latinoamericanas. Es más, las variaciones en el número y en la composición de la población extranjera entre 1991 y 1996 son escasas. El número de varones se estabilizó en una media de 580 y el de mujeres se situó en torno a 628. Y en esos cinco años la población procedente de América⁴ se incrementó en tan sólo 35 personas (pasando de 365 en 1991 a 400 en 1996). En términos relativos el volumen de extranjeros entre 1991 y 1996 se estabilizó con respecto a la población total en un 0,7%.

Es decir, no fue una oleada migratoria latinoamericana y feminizada la que generó la "bolsa de trabajo" en el cuidado de ancianos ni tampoco la que provocó que acudiesen mujeres en mayor medida a las organizaciones y sindicatos. Sin embargo, lo que sí aumentó de forma significativa de 1991 a 1996 fue el porcentaje de personas mayores de 65 años. Su peso pasó de un 13,9% a un 17,1%. No es posible comprobar cuántas de ellas requerían asistencia geriátrica pero sí se sabe que también se incrementó durante esos años la proporción de personas octogenarias (de un 3,2% en 1991 a un 4,2% en

⁴ Los datos de la página web del INE del Censo de Población de 1991 y del Padrón Municipal de Habitantes de 1996 (utilizados en esta ocasión) no pueden ser desagregados según país de nacionalidad y municipio de residencia, por lo que no es posible averiguar la cifra de habitantes registrados procedentes de Latinoamérica.

1996), población entre la que se encuentra el mayor número de personas dependientes. Estas cifras hacen pensar, por tanto, que **el cuidado de ancianos como empleo para mujeres inmigrantes surge del proceso de envejecimiento y la necesidad de contratar a cuidadores condiciona la aparición de esta salida laboral**⁵.

El papel de la **Casa de la Misericordia** como gestionadora de una bolsa de empleo para cuidadoras inmigrantes apareció por un cauce diferente al de Cáritas y al de la Congregación María Inmaculada. Estas dos últimas entidades tenían en su base unos servicios encauzados para la población en riesgo de aislamiento social y/o de marginación. Al mismo tiempo, en el caso de las religiosas, existía una tradición en la ciudad de acudir a ellas para contratar a una trabajadora doméstica. Sin embargo, la conexión de la Casa de la Misericordia con el cuidado de personas mayores se establece a través de la residencia de ancianos que gestiona esta institución⁶. La asistencia siempre ha sido realizada por profesionales del sector sanitario y ha estado canalizada hacia una atención física y psicológica pero no emocional, tarea que normalmente se ha delegado a los miembros de la familia. De la prolongación de la dependencia a causa de la esperanza de vida y de la disminución del tiempo disponible de los familiares para cuidarlos surge en esta residencia una “bolsa de empleo” destinada a “hacer noches”, a “velar” ancianos en sus últimos momentos de vida y a hacerles compañía sacándolos a pasear mientras están internados. Parece que las mujeres inmigrantes cuidadoras ya están presentes en las unidades de “cuidados paliativos”.

“La cosa empezó como la providencia hace cosa de año y medio o dos. Para mí es todo providencia. De repente ves una situación que te cogen aquí sin más, y que me cogen a mí (...) Ahora va generando más, pero antes eran muy poquitos (...). Y la cosa empezó así, con velas, velando a algún anciano de aquí de la casa. Y muy bien”. (P4, Responsable Casa Misericordia).

Estas entidades religiosas conviven con otras instituciones laicas que también tienen un papel destacado en la gestión de las bolsas de trabajo en el sector doméstico de cuidados como son ANAFE y Cruz Roja. **Las diferencias fundamentales de estas dos organizaciones con respecto a las eclesiásticas radican:**

⁵ Incluso la tasa de paro femenina durante el período 1991-1996 se mantuvo prácticamente sin oscilaciones, siendo de un 19,8 en 1991 y de un 19,4 en 1996 (INE, Encuesta de Población Activa, II trimestre).

⁶ A pesar de no ser una institución perteneciente el Tercer Sector es interesante incorporarla al análisis porque tiene una importante bolsa de trabajo destinada a inmigrantes cuidadoras.

- 1) En el **tipo de inmigrantes** que son objeto de atención, puesto que solamente se dirigen al colectivo que está en situación regular y, cuando atienden a personas irregulares es porque existe el compromiso escrito por parte del empleador de tramitar la regularidad jurídica y la incorporación al Alta Laboral.

“Dentro del plan solo puede entrar gente que esté regular o en proceso de regularización. La gente que está en proceso de regularización no puede acceder a lo que es la intermediación, puede acceder a lo que es formación y orientación, que no intermediación, una vez que ya ha conseguido el permiso de trabajo ya puede acceder a la intermediación (interrupción). Es ilegal trabajar sin papeles, entonces no podemos tramitar ofertas que no... pues lo mismo que el servicio doméstico, cuando nos dicen que no quieren pagar la seguridad social o que no quieren hacer contrato, les decimos que tienen que darles de alta a la seguridad social a partir de cuatro horas, incluso nosotros les facilitamos desde aquí modelos de contrato, creamos un modelo de contrato, “fulanito de tal se compromete...”, para que tengan también algo donde agarrarse aunque luego ese contrato no vaya al INEM ni se selle ni nada, pero sí que quede algo en donde quede constancia por escrito”. (P1, Técnico Laboral Cruz Roja)

“Lo primero que se explica es que ANAFE trabaja tanto con inmigrantes no comunitarios y, que por tanto, las personas que se le van a derivar van a tener esa nacionalidad, una nacionalidad extra comunitaria. Todas las personas con las que trabajamos en la bolsa de trabajo, tienen que tener permiso de trabajo en España y que, por tanto, lo que se le va a exigir como mínimo en la oferta es que tengan Seguridad Social, y que cumpla el convenio de ese sector. En el caso de cuidado de ancianos, como corresponde al régimen de Empleadas de Hogar, pues el alta en Seguridad Social sí que se exige, no se exige el contrato por escrito porque no es necesario en el Régimen, vale el contrato verbal” (P2, Técnico Laboral ANAFE).

- 2) En que la bolsa de trabajo no funciona de manera autónoma sino que tiene el respaldo de un **servicio de intermediación y capacitación laboral**. Existe un seguimiento del demandante de empleo y se intenta acoplar su formación y experiencia con el puesto de trabajo al que se le deriva.

“Prácticamente todas las mujeres cuando vienen te demandan lo que es el servicio doméstico, entonces, nosotros intentamos que fijen un objetivo profesional, si realmente quieren trabajar de eso o si piensan ellos, dicen: “quiero trabajar en servicio doméstico porque como es lo que más hay, pues me apuntas de esto porque así igual tengo más posibilidades”. A lo mejor su ilusión es trabajar en una cafetería o trabajar en una fábrica, entonces, definirles un poco el objetivo profesional para ver en lo que pueden, o en que quieren realmente trabajar. [...] Pero que a lo mejor no tienen la capacitación y les ofrecemos conseguir la capacitación para poder hacer el trabajo que desean porque simplemente aquí no es sólo la bolsa de trabajo, les hacemos un servicio integral y cuando vienen firman un compromiso: que si quieren estrictamente una bolsa de trabajo les decimos que hay otros servicios a los que pueden acudir, pero que si buscan solamente una bolsa de trabajo pues que no, porque nosotros vemos un poco las necesidades que tienen con ellos y si vemos que necesitan formación los derivamos a formación y que si vemos que necesitan orientación, pues orientación”. (P1, Técnico Laboral Cruz Roja).

- 3) Si la persona inmigrante no tiene ninguna cualificación formal se le ofrecen unos **cursos de formación acordes al empleo** que se le ha buscado o en el que tiene posibilidades de insertarse.

“Hay gente que no está preparada para entrar en la intermediación, pues por ejemplo, alguien que casi no hable castellano, que hable lo justo pues a donde los mandas a trabajar, ¿a una casa? Como van a ir a una casa si te habla la señora y no le entiendes. Entonces, una formación ya pues, prelaboral, aprende primero castellano para luego acceder al mercado laboral” (P1, Técnico Laboral Cruz Roja).

Es decir, tanto **ANAFE** como **Cruz Roja** ofrecen una **bolsa de empleo profesional**, de ahí que, no se configuren como las principales entidades que reciben ofertas laborales en el sector doméstico de cuidados. Recordemos que una parte importante de este sector se encuentra en el lado sumergido de la economía y, por lo tanto, emplea a inmigrantes “sin papeles”. Sin embargo, su rol en la gestión de esta actividad es destacado porque no solamente llegan al trabajo de cuidados dentro del servicio doméstico, sino que también reciben ofertas de empresas de proximidad que se dedican a la asistencia a domicilio.

5.1.2.- A Coruña: un nicho laboral creado desde las órdenes religiosas

En el ámbito espacial de A Coruña existe una variedad de instituciones que se ocupan de recoger las demandas y las ofertas en el cuidado de ancianos para mujeres inmigrantes. Pero a pesar de esta diversidad de ONG's centradas en el colectivo extranjero (Ecodesarrollo Gaia, Equus Zebra, Ecos do Sur y Cruz Roja), la mayor parte de la bolsa de trabajo para cuidadoras se tramita desde la **Congregación María Inmaculada**, cuyo papel, recordemos, también era destacado en Pamplona. La Congregación María Inmaculada en A Coruña es un convento – residencia de estudiantes a donde acuden inmigrantes en búsqueda de trabajo y familias que plantean la necesidad de una cuidadora de ancianos. Las religiosas, que tienen un departamento de “Ayuda e Integración de la Mujer”, actúan como agentes de empleo dentro de la categoría de “**bolsa de empleo católica**”.

En mi primera visita al convento, realicé una entrevista a la Hermana encargada de los asuntos laborales. En su despacho tenía clasificados numerosos ficheros pertenecientes a mujeres inmigrantes que estaban buscando empleo o que ya lo tenían por medio de su

persona. Según ella “en Galicia, se está abriendo un nuevo mercado en el sector doméstico de empleadas de hogar, cuidadoras de ancianos y de niños. Cada vez hay más familias que acuden aquí” (C6, Responsable Congregación María Inmaculada) para efectuar un contacto con alguna trabajadora que realice estas tareas. En concreto, afirma que en A Coruña hay mucha demanda de trabajo reproductivo “que no puede ser cubierta” (C6, Responsable Congregación María Inmaculada). Afirma que las mujeres españolas ya no quieren trabajar de internas y por ello, ha decidido llamar a su Congregación en Madrid y a otras ciudades de importante concentración femenina inmigrante con la finalidad de que parte de este colectivo se traslade a trabajar a la ciudad herculina. **La religiosa se convierte así en un canal de distribución del flujo migratorio propiciando migraciones interiores de mujeres extranjeras.**

Esta situación demuestra que las instituciones de apoyo al inmigrante pueden llegar a influir en el asentamiento de los flujos migratorios en una determinada región. La orientación de los flujos migratorios por parte de las órdenes religiosas en A Coruña no es un hecho aislado. Martínez Veiga (2000) ya reconoció el poder de estas entidades en el encauzamiento de los movimientos transnacionales entre España y la República Dominicana desde mediados de los años 80 a principios de los 90. En la zona rural de Vicente Noble (República Dominicana) existe un grupo de religiosas españolas que han canalizado la circulación de mujeres de estos lugares hacia unos barrios y distritos concretos del Noroeste de Madrid (Aravaca, Pozuelo y Majadahonda). De esta forma, en ese pueblo las migraciones se producían a España y no a Estados Unidos, destino tradicional en el resto del país. “La llegada de las primeras dominicanas viene ayudada e incluso promovida por un grupo de religiosas que tenían una casa en uno de los pueblos de la zona noroeste y otra en la ciudad más grande de donde vienen las mujeres dominicanas” (Martínez Veiga, 2000:81).

En España, el rol de contactación y mediación eclesiástica en la relación empleador/empleada tiene una importante tradición dentro del servicio doméstico⁷. Sarasúa (1994) afirma que en los siglos XVIII y XIX las entidades católicas eran instrumentos de gestión y Martínez Veiga (2000: 81) explica que “incluso antiguamente

⁷ En general, el papel de la Iglesia en la canalización de los flujos migratorios ha sido fundamental en todo el Sur de Europa cobrando especial relevancia en el sector del servicio doméstico. Andall (2000) resalta el papel de estas instituciones en la llegada de mujeres caboverdianas a Italia. De hecho en este país se llegó a fundar un sindicato de base católica en 1946 (ACLI-COLF) para las empleadas de hogar.

en Madrid se ponían listas en las iglesias con nombres de “sirvientas” que estaban disponibles para trabajar”. La legitimidad como “agentes de empleo” de las religiosas es otorgada tanto por las clases burguesas como por las propias trabajadoras. Por un lado, la figura eclesiástica actúa como una fuente que inspira **confianza** a las inmigrantes al mismo tiempo que sirve de **aval** ante los empleadores. De hecho, en el discurso de las inmigrantes cuidadoras aparece una cierta tendencia a mostrar su agradecimiento a las religiosas mediante el cumplimiento de su trabajo. No pueden fallar a las personas que les han conseguido un empleo y que han respondido ante la familia empleadora por ellas.

“Nosotros, es que si estamos trabajando aquí fue por medio de la Hermana Esperanza. Ella, íbamos a los talleres de ella, de tejido y de canto... La Hermana como que ya nos recomienda, que nos haga el contrato que es una buena chica, ella nos ayuda. Pero, por ejemplo, si buscas un anuncio en el periódico no te cogen. Te dicen que no, que no tienes documentos, te piden informes... Si tú has venido recién de tu país y no tienes informes y no tienes ningún documento, no tienes experiencia... La Hermana es la que nos respalda en eso, porque es la única manera. Yo estuve aquí quince días sin trabajar, buscando trabajo, y nos decían que por el hecho de ser extranjeras teníamos que buscar en otros lados. Sólo por el hecho de ser extranjera te miran mal. Se piensan que tú, vas a estar en la prostitución, y no es así”. (E9, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003)

La Congregación María Inmaculada es la primera institución que ha organizado una bolsa de empleo en el sector doméstico de cuidados en la ciudad de A Coruña. No obstante, la aceleración en la llegada de nuevos flujos migratorios provocó que se ampliase el mapa de organizaciones y asociaciones que prestan atención al colectivo inmigrante. En el año 2006 se crea otra bolsa de empleo católica en el denominado “**Centro Hogar**”. Esta entidad es un servicio dependiente de Cáritas y está financiada por el Fondo Social Europeo dentro de un proyecto EQUAL en el “Plan de Igualdad”. La afluencia de ofertas y demandas laborales que comenzaron a recibirse en Cáritas para el servicio doméstico y, principalmente, en el sector doméstico de cuidados llevó a que se crease este recurso únicamente destinado para gestionar empleo doméstico. A pesar de que tan sólo lleva un año en funcionamiento parece que “Centro Hogar” ha sido todo un éxito pues es el primer servicio que se crea en la ciudad de A Coruña para informar y organizar únicamente el empleo doméstico y de cuidados. Incluso otras organizaciones como Cruz Roja les derivan las ofertas de empleo que reciben. Por ello, aunque dicho servicio sólo tiene financiación para sobrevivir hasta finales del 2007

(fecha en la que termina el proyecto EQUAL) seguramente continúe vigente con fondos derivados de Cáritas.

“Centro Hogar funciona desde el 2006, muy poquito tiempo. Porque es... Centro Hogar es del proyecto Equal, del plan de igualdad, el que lleva la Asociación Coruña Solidaria. Y está financiado por el Fondo Social Europeo y es para dos años. Empezó en enero del dos mil seis y termina ahora en diciembre del dos mil siete. Cáritas es una asociación que colabora con ellos y Centro Hogar lo gestiona Cáritas. ¿Qué pasa? Hombre, estamos viendo que funciona muy bien y que tiene mucho... Mucho éxito. Entonces a lo mejor, aunque termine en el dos mil siete, financiado por el Social Europeo, a lo mejor Cáritas continúa con el proyecto, ¿no?” (C8, Técnico Laboral Centro Hogar)

La bolsa de empleo de Centro Hogar se clasifica dentro de la categoría “católica” aunque también recoge algunos de los objetivos de la “bolsa de empleo profesional” puesto que este servicio tiene como **finalidad la regularización de las personas inmigrantes que trabajan en el sector doméstico de cuidados** y promueven la realización de contratos laborales en el Régimen Especial de Empleadas de Hogar.

“Nosotros asesoramos e informamos tanto a empleadoras como a empleadas un poco sus derechos, los deberes... Todo el régimen de empleadas de hogar. Damos formación para las usuarias que no tienen regularizada su situación laboral sobre... También sobre, bueno, explicar que sí que saben algo de lo del seguro, pero a lo mejor no saben si tienen derecho a pagas extras, vacaciones, cómo es el tema de la baja... Entonces les explicamos un poco la normativa que regula su trabajo... y, sobre todo, nuestro objetivo es que regularicen su situación y que se les de el alta en el Régimen de Hogar. Eso es lo principal, que consigan los papeles y tratamos de animar a las familias que les hagan el contrato” (C8, Técnico Laboral Centro Hogar).

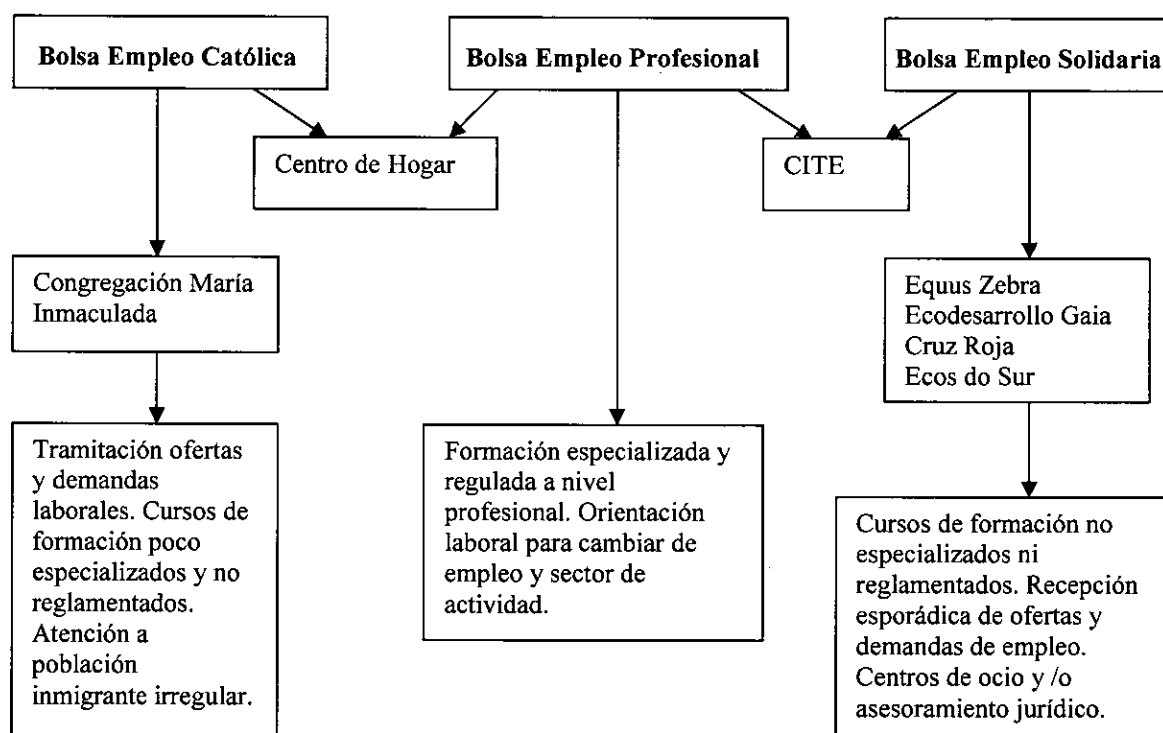
Otras organizaciones de A Coruña que también han comenzado a recoger ofertas y demandas laborales en torno al “trabajo de cuidados” son ONG’s. Se trata de Equus Zebra, Ecodesarrollo Gaia, Ecos do Sur, y Cruz Roja, cuyo objetivo principal en el ámbito de atención a la inmigración es asesorar jurídicamente e informar al colectivo de reciente llegada así como en constituirse como un lugar de encuentro y de ocio. La bolsa de empleo es débil en cada una de estas entidades y responde a una categoría que se ha denominado como “**bolsa de empleo solidaria**” que se diferencia de las clasificadas como profesionales y católicas en que esta bolsa de empleo **se limita a contactos de ofertas y demandas laborales que se reciben de manera esporádica**. En muchas ocasiones, derivan a la población inmigrante en busca de empleo a la Congregación María Inmaculada y a partir del año 2006 al “Centro de Hogar”.

“Tampoco tenemos una bolsa de empleo, a veces nos llegan ofertas y si conocemos a alguna chica inmigrante que busca trabajo pues se lo decimos. Otras veces vienen

mujeres que quieren trabajar en el servicio doméstico y entonces las enviamos junto a las monjas” (C3, Técnico Laboral Equus Zebra)

Las bolsas de empleo profesionales del sector doméstico de cuidados aparecen más difusas en A Coruña que en Pamplona. La única institución cuya gestión podría identificarse dentro de esta categoría es el **Centro de Información de Trabajadores Extranjeros** (CITE) perteneciente a Comisiones Obreras. Sus objetivos son los de información y asesoramiento laboral así como la regulación de una bolsa de trabajo y cursos de formación reglados. Pero, aunque el CITE Coruña pertenece a un sindicato es habitual que gestione ofertas laborales destinadas a personas en situación irregular, por lo que su bolsa de trabajo se encuentra a caballo entre las categorías de profesional y solidaria.

Gráfico 5.2.- Clasificación de las bolsas de empleo en el sector doméstico de cuidados en A Coruña



Fuente: Elaboración propia

5.1.3.- Modalidades de atención: asistencia, convivencia y compañía

El Real Decreto 1424/1985 que regula jurídicamente el servicio doméstico en España recoge dos regímenes de empleo. Uno de ellos es conocido como “régimen interno” y se establece en aquellos casos en los que la trabajadora convive con el empleador. El otro es el denominado como “régimen externo” en donde la empleada no reside en el mismo hogar de la familia para la que trabaja y la jornada laboral tiene una frecuencia muy variada, pudiendo oscilar entre dos horas a la semana y una hora al día. Ambas modalidades también aparecen en el sector doméstico de cuidados siendo el régimen de interna el más demandado, según los técnicos que gestionan las bolsas de empleo. Las situaciones de dependencia severa en las que se encuentran algunos ancianos requieren la presencia continuada de una cuidadora, sobre todo, en aquellos casos en los que el mayor vive solo o su lugar de residencia está alejado de sus familiares directos.

“El trabajo de cuidados es sobre todo de internas. Externas es más limpieza y críos aunque también hay externas con personas mayores” (P3, Coordinadora Laboral Cáritas)

“Generalmente las ofertas que nos llegan además de ser ancianos son enfermos, son las dos cosas. Y esas ofertas son en régimen interno, porque es lo más idóneo para el desempeño del trabajo” (P2, Técnico Laboral ANAFE)

“Hay mucha gente que prefiere tener al mayor en su casa, no querer meterlo en una residencia o un centro de día. Entonces pues la solución es interna. A nosotros nos llegan muchísimas ofertas de internas. No se pueden cubrir todas; hay veces que disponemos de personal, hay otras veces que no. Y bueno, vemos que la gente sigue necesitando la persona interna” (C8, Técnico Laboral Centro Hogar).

Esa demanda de cuidadoras domésticas internas ha significado una revitalización en este tipo de régimen que en la década de los noventa había comenzado a disminuir (Martínez Veiga, 2000). Esta modalidad, que en esta investigación se denomina de **convivencia**, se abastece principalmente por mujeres inmigrantes, pues es en donde existe un verdadero “vacío de trabajo” de mano de obra nativa. La dureza del trabajo, el aislamiento, la ausencia de días libres y el escaso salario, son algunos de los aspectos por los que esta modalidad es más difícil de cubrir. Solamente aquellas mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad jurídica, social y laboral acceden a ser internas, es decir, las que acaban de llegar al país, no tienen a su familia y están en situación irregular. Cada vez es más difícil encontrar a mujeres inmigrantes dispuestas a

trabajar en esta modalidad e incluso en A Coruña comienza a ser rechazada por las recién llegadas.

“Y luego, bueno, pues la gente recién llegada, por ejemplo, el trabajo de interna que estamos solicitando... Cada vez menos gente quiere trabajar de interna, muy poquita gente, ni siquiera los recién llegados porque bueno, tienen aquí familia, o algún amigo y se van a vivir a un piso de a lo mejor ocho emigrantes” (C8, Técnico Laboral Centro Hogar).

Los empleos en régimen de externa son ofertados mayoritariamente para realizar tareas de limpieza y cuidado de niños dejando la modalidad de interna únicamente para la asistencia a personas mayores. Sin embargo, dentro de este sector doméstico de cuidados se han encontrado **nuevas modalidades de empleo** que circulan dentro de un continuum interna/externa que han modificado el panorama de empleo del servicio doméstico tradicional.

Una de estas nuevas modalidades de cuidadora se ha designado con el nombre de **semiinterna** o “**falsa externa**”, acepción acuñada por Martínez Veiga (2000), para hacer referencia a aquellas trabajadoras que tienen el horario laboral de una trabajadora externa pero, sin embargo, conviven en el mismo domicilio de la persona a la que atienden. Se trata de una combinación entre el empleo de externa e interna, aceptando del primero el tramo laboral y del segundo el régimen de manutención y alojamiento. En realidad, las horas de trabajo son mayores que las realizadas por una externa ya que disponen de la trabajadora en cualquier momento y ante cualquier circunstancia espontánea de necesidad. Ese tiempo de presencia es pagado cubriendo sus necesidades básicas de alimentación y albergue. Al ser personas mayores y con dependencias prolongadas, la presencia de una persona la mayor parte del tiempo posible asegura tranquilidad y reconforta tanto a la familia como al anciano. El Colectivo IOÉ (2005) define a esta figura como “un trabajador que vive en el domicilio de las personas a las que cuida, come en el mismo y les atiende en una franja horaria determinada o en tareas prefijadas, mientras que el resto del tiempo lo tiene “libre” para él o para dedicarlo a otros trabajos fuera de dicho hogar e, incluso fuera del sector”. Una de nuestras informantes define así esta nueva modalidad del cuidado:

“Son aquellas que por ejemplo, hacen el trabajo de nueve a once, que es el trabajo más fuerte, que es duchar a la persona mayor, de once a una no tiene que hacer nada, esa persona puede hacer lo que quiera, y a la una empieza a hacer la comida.

Entonces eso, tiene dos horas por la mañana, dos horas por la tarde libres...” (C1, Técnico Laboral Ecos do Sur).

Otras figuras de cuidadoras han surgido específicamente para el trabajo asistencial. Se trata de empleos que aglutinan diferentes tipos de atención personal y no se realizan únicamente en el espacio doméstico sino que también han comenzado a proliferar en los hospitales y en las residencias. Se trata de cuidadoras que:

- 1) “**Velan**” a los ancianos en sus últimos momentos de vida;
- 2) Realizan “**vigilancia nocturna**” en las situaciones de grave enfermedad, y;
- 3) Ejercen de “**acompañantes**” cuando es necesario que los mayores salgan a pasear.

La demanda de **cuidadoras acompañantes y asistentes durante las noches** es tan elevada que algunos centros geriátricos, como la Casa de la Misericordia en Pamplona, llegan incluso a gestionar una bolsa de empleo propia dirigida a la población inmigrante.

“Aquí trabajan por horitas y velas, aquí por ejemplo, aquí hay ancianos que la familia quiere que, porque aquí no tenemos personal para poder sacarlos a pasear o hacerles compañía y entonces me llaman a mí y yo les pongo una persona, que hay que pagarle. Entonces hay personas que están de cinco a siete, tres horitas, por las tardes, otras por las mañanas, de diez y media a una, y entonces... [...] para sacarlos fuera, que tomen un poco el aire y ven a gente, porque claro, están en una planta en donde pues hay que sacarlos y no están acostumbrados a andar, y eso la familia se hace cargo” (P4, Responsable Casa Misericordia)

También en la ciudad de Pamplona se ha encontrado en el **Hospital Virgen del Camino** una lista propia de potenciales cuidadoras temporales. Las enfermeras y el personal de plantilla poseen un listado en el que se apuntan personas dispuestas a cuidar ancianos en determinados momentos. Generalmente es para “hacer noches” dentro del propio hospital. Pero en la bolsa de trabajo del Hospital de Pamplona no hay personas extranjeras apuntadas. Es más, existe una cierta ocultación de su existencia. Únicamente entran en ella mujeres nativas. La contactación entre la familia empleadora y la empleada se realiza comentando la necesidad de una cuidadora nocturna a la enfermera. Ésta suele conocer a las personas que demandan trabajo y de ahí se va colocando esta modalidad de empleo.

“En los hospitales tienen sus propias bolsas de trabajo también. En las clínicas hay una lista en donde va la gente y se apunta para ir a cuidar a personas en el hospital específicamente pagado por la familia. Va la familia y la familia según lo que necesita sabe que en los hospitales hay bolsa de trabajo. Se lo comentan a las enfermeras. Ahora los hospitales ocultan un poco las listas por el tema de inmigración. Ahí hay más gente española que va a cuidar a las personas a los hospitales. Claro, tú en un momento dado le comentas a una enfermera que necesitas a alguien y ellas te enseñan a alguien y te dicen: “Ésta es conocida de Natalia, ésta es conocida de la enfermera no sé quien...” y de ahí tiras. Pero sí ha habido overbooking a raíz de la gente inmigrante. Por ejemplo, tú vas ahora mismo y a lo mejor te dicen que no hay. Pero te dicen eso porque los inmigrantes entonces van. Funciona más como a nivel interno. La lista está hecha más a nivel personal o más de conocimiento. A veces más que tirar de lista se hace de conocida a conocida. Alguien que conozca la enfermera”. (P5, Responsable Congregación María Inmaculada).

Se segmenta, por tanto, entre la institución religiosa (Casa de la Misericordia) y la entidad laica (hospital), quedando delegadas a la primera las cuidadoras inmigrantes. Las explicaciones de esta heterogeneidad según el carácter de la entidad no son fáciles de encontrar. Los propios informantes no han sabido buscar una respuesta convincente. Seguramente, en la residencia religiosa los canales de contacto ya están asociados a la inmigración debido a que son otras instituciones eclesásticas (Cáritas, Congregación María Inmaculada) las que coordinan, en términos generales, el sector de cuidados en el que se inserta el colectivo inmigrante. Sea como fuere, lo cierto es que precisamente en estas modalidades de empleo en régimen de externa, es en donde aparece una competencia entre nativas y extranjeras.

Las figuras de cuidadoras descritas pueden clasificarse dentro de tres modalidades de empleo: la modalidad de convivencia, la modalidad de asistencia y la modalidad de compañía. La **modalidad de convivencia** hace referencia a aquellos empleos en los que la cuidadora habita en la casa del receptor de cuidados y, por tanto, engloba los trabajos de interna y pseudoexterna; en la **categoría de asistencia** se encuentran los empleos de externas por horas, los de vigilancia nocturna y aquellos que consisten en “velar” a ancianos en los momentos más graves de su enfermedad, debido a que requieren una asistencia sin alojamiento ni manutención; en el **régimen de compañía** aparecen los trabajos de “sacar a pasear” y de entretenimiento, siendo éstos demandantes de un trabajo emocional más que físico de atención personal.

Tabla 5.2.- Modalidades de atención y figuras de cuidadoras en el sector doméstico de cuidados de personas mayores

MODALIDADES DE ATENCIÓN	FIGURAS DE CUIDADORAS
Modalidad de convivencia	Interna
	Pseudoexterna
Modalidad de asistencia	Externa por horas
	Hacer noches y velas (vigilancia)
Modalidad de compañía	Sacar a pasear
	Entretenimiento en el hogar

Fuente: Elaboración propia

5.2.- Las diferencias en la gestión del “trabajo de cuidados” en A Coruña y en Pamplona.

5.2.1.- El marco legislativo

Las condiciones laborales de la cuidadora de ancianos en España no tienen una regulación propia sino que entran en el marco jurídico del servicio doméstico. Es el Real Decreto 1424/1985 el que regula el carácter laboral del Servicio del Hogar Familiar. Ahí se explicita que las relaciones laborales con este carácter son “aquellas que se concierten por el titular de un hogar familiar, como empleador/a, con personas, que dependientes y por cuenta de éste, presten servicios retribuidos en el ámbito del hogar familiar, realizando todo tipo de tareas domésticas, como la dirección o cuidado del hogar, *atención a los miembros de la familia o de las personas que conviven en el domicilio*; también se incluyen los trabajos de jardinería, conducción de vehículos y

otros semejantes, siempre que se realicen formando parte del conjunto de tareas domésticas” (R.D. 1424/1985, de 1 de agosto, [BOE] 13-8-85). La asistencia a personas mayores en su propio domicilio es, por tanto, considerado un servicio doméstico y se remunera y cotiza bajo las condiciones legislativas establecidas para el mismo.

Esta regulación es de 1985 y se plasma en el Régimen Especial de Empleados de Hogar que marca un hito jurídico en la legislación del servicio doméstico español, siendo ésta la primera vez que se reconoce como un “trabajo” objeto de remuneración. “El proceso de reconocimiento del carácter laboral del servicio doméstico encuentra en la historia de España un primer punto de inflexión con la prohibición del arrendamiento de servicios para toda la vida promulgada en 1889 (Código Civil, artículo 1.583), que proscribió el vínculo de servidumbre” (Colectivo IOÉ, 2001: 169). El Código Civil de 1889 diferenciaba dos modalidades de empleo entre los “sirvientes”: los denominados como “domésticos” que eran aquellos que dormían y comían en la casa del “señor” y aquellos que recibían un sueldo por su trabajo y no vivían en el mismo domicilio que el “amo”. Las peores condiciones laborales eran establecidas para los primeros. Podían ser despedidos antes de finalizar su contrato y además en caso de impago de su salario, el criado tendría que “probar” la inculpação de su amo.

Esta relación de servidumbre fue abolida por el Real Decreto 1424/1985, sin embargo en el Régimen Especial de Empleados de Hogar se mantienen todavía unas condiciones laborales discriminatorias con respecto al resto de los trabajadores incluidos en el Régimen General al mismo tiempo que segmenta a la población trabajadora en este sector según su propia modalidad de empleo (interno o externo)⁸.

Y es que este nuevo Real Decreto aunque deroga los vínculos de dependencia personales del trabajador doméstico mantiene el criterio de considerar únicamente como “trabajo” al desempeñado por aquellos empleados que no viven dentro del espacio de la unidad familiar a la que atienden. El lugar de residencia es esencial jurídicamente para definir las actividades que se consideran como “trabajo formal”. La separación entre

⁸ “La normativa que regula el servicio doméstico en España está a caballo entre una relación contractual privada entre trabajador y empleado, que nos recuerda a la figura del criado tradicional, y el reconocimiento del carácter laboral y su regulación jurídica por parte del Estado” (Oso, 1998:206).

lugar de trabajo y residencia es la característica principal que cumple el empleo en las sociedades capitalistas y marca las condiciones laborales.

Para el trabajo doméstico en “régimen interno” existe un reconocimiento legal de las horas laborales denominadas como “tiempo de presencia”, aquellas que aún superando las 40 horas de jornada semanal establecida tienen que ser realizadas por la empleada, simplemente por “estar en el hogar”. Sin embargo a estas horas de trabajo no se les atribuye ningún tipo de retribución adicional. A diferencia, el trabajo “externo” tiene remuneradas todas las horas laborales. Clásicamente dentro de ese “tiempo de presencia” se incluían actividades ajenas al horario laboral como coger el teléfono, abrir la puerta... Con la aparición de la cuidadora de ancianos dentro del hogar esas tareas se ampliaron y se endurecieron. Ahora la atención nocturna del mayor y la asistencia a sus necesidades específicas se realizan en muchos casos fuera de la jornada laboral sin tener unos honorarios asignados. Además, **esta legislación no contempla los cuidados que son efectuados desde las modalidades de compañía y asistencia, tales como las vigilancias nocturnas, “hacer noches y velas” o acompañamiento en paseos. Estas actividades no son reguladas por ninguna legislación puesto que no entran dentro de la existente para el servicio doméstico.**

El Real Decreto 1424/1985 recoge unas condiciones laborales abusivas. Por ejemplo, no es obligatorio realizar por escrito el contrato de trabajo, sino que puede establecerse “de palabra”. El salario exigido es el mínimo interprofesional que marca anualmente el gobierno. En el año 2005 por jornada semanal de 40 horas era de 513 euros/mes, si la contratación es por horas la retribución se sitúa en ese mismo año en 4,01 euros/hora. En este importe no están incluidas la parte proporcional de las gratificaciones extraordinarias y de las vacaciones. Además, en los casos de las personas que trabajen como “internas” el salario puede abonarse en especie, ya que se proporciona al trabajador manutención y alojamiento. El descuento máximo establecido por el pago en especie es de hasta un 45%. Es decir, por ley una cuidadora interna podría percibir por su trabajo casi la mitad del salario mínimo, unos 180 euros. Las pagas extraordinarias son dos al año pero la cantidad percibida mínima exigible es de 15 días naturales y no de 30. La indemnización por despido es de 7 días por el número de años que ha durado el contrato, con un límite máximo de seis mensualidades, en vez de 33 días por año y 24 mensualidades, como el resto de los trabajadores. No se disfruta el derecho a desempleo

y la cotización a la Seguridad Social es del 22%, correspondiendo a pagar el 3% al trabajador en el caso del régimen interno. En caso de que los trabajadores estén empleados en más de un domicilio, el empleador queda exento del pago. La baja por enfermedad se empieza a cobrar a los 28 días en vez de los 3 días estipulados por el Régimen General. Así mismo, la pensión asciende al 70% del ingreso mensual declarado, lo que implica una pensión muy inferior a la del resto de los asalariados.

5.2.2.- Condiciones reguladas en Pamplona y “mixtas” en A Coruña

Tanto los técnicos de las organizaciones que se dedican a gestionar la bolsa de trabajo para abastecer este mercado laboral como las familias empleadoras son conscientes de las limitaciones que regula el marco legislativo para el servicio doméstico y el endurecimiento de las tareas que ha supuesto su derivación hacia el sector de cuidados. El carácter de servidumbre y las desventajas del Régimen Especial de los Empleados de Hogar son reconocidos por todos los actores sociales, aunque no se ha encontrado ninguna institución que tenga entre sus objetivos abrir este debate de forma pública. Ello limita las posibilidades de negociación de las asociaciones con las familias empleadoras y, en muchos casos, queda al libre arbitrio de éstas la estipulación de las condiciones laborales de las cuidadoras de ancianos. Se abandona al espacio privado la regulación laboral de esta actividad que normalmente es gestionada de forma directa por la empleada y el empleador. Esta situación de vulnerabilidad contractual, laboral y salarial que ya tenía lugar en el caso del servicio doméstico se agrava con la aparición de la actividad del cuidado de ancianos. La incorporación de esta figura al hogar ha traído consigo nuevas tareas que no habían sido definidas con anterioridad. La regulación de esta ampliación únicamente se deja en competencia de las entidades que forman parte del Tercer Sector, puesto que legalmente está incluida como una actividad más a desempeñar en el hogar.

Para hacer frente a esta nueva circunstancia, desde las asociaciones del Tercer Sector en Pamplona se ha intentado imponer, desde el mismo momento que empezó a surgir la mercantilización de la asistencia a domicilio, una organización en las condiciones que los empleadores debían cumplir para con sus trabajadoras. Para ello, todas las asociaciones consideraron oportuno exigir una serie de requisitos laborales básicos. La iniciativa, que partió de las propias entidades con una bolsa de empleo en este sector, se

normalizó con la redacción de unas tablas salariales (adjuntadas como anexo al final del capítulo) de retribuciones mínimas a pagar a las cuidadoras domésticas. El hecho de que fuesen mujeres inmigrantes daba un nuevo cariz a la relación laboral. En el caso de la contratación a mujeres nativas la formalización de este mercado de trabajo parecía ser menos importante. Seguramente porque se estaba pensando en la figura de trabajadora “doméstica” cuyo salario es considerado como un complemento a la remuneración del miembro masculino “cabeza de hogar”. Es así, que muchos casos de mujeres españolas dadas de alta en el Régimen Especial de los Empleados de Hogar pagan ellas mismas su afiliación a la Seguridad Social o se mantienen en la economía sumergida dado los escasos beneficios que suponen sus cotizaciones. Con el colectivo femenino inmigrante las asociaciones se encuentran con una nueva problemática. El acceso a la estabilidad jurídica de estas personas pasa por tener un Permiso de Trabajo que únicamente puede conseguirse cuando existe una relación laboral formal y además sus derechos como ciudadanas solamente pueden desarrollarse a partir de su regularización. De ahí que desde las organizaciones se realice una labor educativa hacia las familias empleadoras centrada en la concienciación de la situación personal de su empleada.

El grado de éxito de esta “regulación informal” de las condiciones laborales depende, sobre todo, del clima asociativo y organizativo que se viva en cada ciudad. En A Coruña, por ejemplo, no existe una disposición de las entidades implicadas a homogeneizar las condiciones laborales de las cuidadoras de ancianos. En Pamplona, sin embargo, se han conseguido materializar unas “normas de trabajo” que las familias deben cumplir para que se haga efectivo el contrato aunque la trabajadora esté “sin papeles”. El primer requisito para que la experiencia tenga un resultado exitoso es la **colaboración y la comunicación** entre todas las instituciones que tienen una bolsa de trabajo destinada a esta actividad. El objetivo final es conseguir que todas las organizaciones indiquen a las familias empleadoras un mismo sueldo con el fin de evitar que éstas busquen la institución que ofrece empleo más barato.

En el anexo de este capítulo se adjuntan las tablas salariales que las entidades de Pamplona han conseguido imponer como referencia mínima de retribución a las familias empleadoras que acuden a sus sedes buscando una cuidadora. En concreto, se han establecido dos convenios diferentes. Uno acordado por Cáritas, ANAFE y la Congregación María Inmaculada y otro, establecido por la Cruz Roja junto con otras

entidades. A pesar de que las diferencias entre ambos convenios no son abismales sí son significativas porque las distinciones entre uno y otro se relacionan con la estabilidad jurídica de la empleada inmigrante. El régimen más regulado es el de interna. En esta modalidad, las ofertas de trabajo que llegan a Cáritas y ANAFE no pueden ofrecer un salario inferior a los 700 euros. En la Cruz Roja el salario mínimo a percibir no puede descender de 796 euros pagando la Seguridad Social aparte por lo que en este caso el salario se sitúa en los 927,67 euros. Recordemos que en el momento de realizar el trabajo de campo esta institución únicamente trabajaba con extranjeras documentadas, de tal forma que, podría decirse que las inmigrantes regulares cuentan con la posibilidad de obtener una mejor retribución mensual ya que podrían conseguir un trabajo de interna por medio de la Cruz Roja.

“... las condiciones de las empleadas de hogar, que aquí estamos hablando casi todo extranjeras, bueno yo extranjeras, yo no trabajo con españolas, es que las condiciones están más o menos homogeneizadas. Es decir, aquí no te encuentras una interna por 60 mil ptas, o por 70 o por 80, como te encuentras en otros sitios. Aquí hay unos mínimos y prácticamente se cubren casi todos. Entonces, sí que hay, tácito o no tácito entre todos, de bueno, esto... bueno, no bajar de unos mínimos”. (P3, Coordinadora Laboral Cáritas).

“Y el tema salarial es vergonzoso, porque es un Régimen que no se ha tocado desde que se aprobó, que se acoge al salario mínimo interprofesional y el Régimen de internas permite que se baje el salario mínimo interprofesional porque como admite el salario en especie por vivienda y manutención pues entonces podríamos bajar de una jornada completa a los 500 euros de salario mínimo interprofesional. Y estaríamos cumpliendo la ley y eso al menos desde aquí es inviable, inviable. [...] Lo que hicimos, ya te habrán comentado otras entidades, lo que hicimos fue intentar llegar a un acuerdo en la cantidades de referencia que se iba a dar a la gente cuando pidiesen a una interna, o cuando pidiesen a una persona a media jornada, etc. Entonces, así es un poco como funcionamos, luego como cada entidad tiene también su forma de trabajar, y sus criterios, era un poco difícil llegar a un total compromiso, pero sí que tenemos una referencia común o casi común [...] Que una persona no pueda llamar a Cáritas a pedir una interna y pidan referencias salariales y te digan una cantidad, y que luego llamen a ANAFE y se les de otra totalmente distinta. Si no que tendemos a la convergencia. Porque habíamos detectado que la gente llamaba a cuatro entidades a la vez, buscando, digamos, el precio más barato. Y eso no les interesa ni a las entidades ni a las trabajadoras que vas a derivar. Entonces, yo creo que desde que eso se puso en práctica, y ven que se toma este tipo de empleos con más seriedad”. (P1, Técnico Laboral Cruz Roja)

En Cáritas se requiere a las familias empleadoras la firma de un contrato en el cual quedan especificadas las condiciones laborales de las personas contratadas: el salario, el descanso semanal, las pagas extra y las vacaciones. Existe, por tanto, una clara mediación con respecto a la unidad familiar en la que se van a prestar los servicios. La negociación de las retribuciones es el primer paso antes de aceptar la oferta. Las

instituciones actúan como receptoras del trabajo y como sindicato laboral al establecer las condiciones consideradas como más justas.

En A Coruña, aunque no tienen formalizadas las tarifas se ha encontrado que en todas las asociaciones existe la ética de no aceptar trabajos inferiores a 600 euros, a no ser que la empleadora decida aceptar ese empleo bajo su responsabilidad⁹.

“Una persona interna estaba en 620 euros. Que es más caro de lo que la gente puede pagar, pero la gente lo paga. No puedes tener una persona interna y pagarle menos de 600 euros. Eso es inhumano” (C1, Técnico Laboral Ecos do Sur).

“Es que por menos de 600 euros no va a querer nadie, ni la inmigrante recién llegada, porque se sabe el boca a boca y entre ellas hablan. Y no va a querer: “ah, pues entonces nada”. Y yo: “bueno, pues... Tch, pues nada...” ¿Entiendes? La gente sabe que sobre seiscientos cincuenta, setecientos, setecientos cincuenta, hasta ochocientos es lo que se está pagando” (C8, Técnico Laboral Centro Hogar).

En los convenios firmados entre las entidades de Pamplona también se establecen las condiciones salariales de los **finés de semana** trabajados. La tabla salarial de Cáritas estipula que la interna que trabaje algún sábado y domingo debe cobrar 72 euros cada fin de semana. La retribución de Cruz Roja es algo superior situándose sobre los 116 euros. En el caso de las trabajadoras externas el **baremo de honorarios** se desagrega según el número de horas trabajadas al día¹⁰. Las condiciones de las **pagas extra** también están reguladas. Corresponden dos medias pagas al año, en Diciembre y en Julio. Cuando se trabajan horas sueltas y hay un precio establecido por cada hora de trabajo, las pagas irán incluidas en el salario. En cuanto a las vacaciones, corresponde un mes pagado por año de trabajo, y en su defecto el tiempo proporcional a los días trabajados. El **descanso semanal** marcado por las asociaciones es desde el sábado a las 13:30 horas hasta el domingo por la noche. Además, se aconseja que la empleada disfrute de unas horas de descanso durante el día. Este descanso semanal se hará con independencia de los días festivos (14 días al año según calendario laboral) y fines de semana.

⁹ El estudio del Colectivo IOÉ (2005) realizado sobre el sector doméstico de cuidados corrobora la estabilización del salario de la cuidadora en régimen de interna en la Comunidad de Madrid en torno a los 600/660 euros.

¹⁰ En el caso de Cáritas la tabla salarial distingue a las cuidadoras cotizantes de las que no cotizan. Seis horas de trabajo “sin papeles” tiene una retribución de 480 euros, con cotización a la Seguridad Social el salario descende a 420 euros. En Cruz Roja este mismo empleo tiene como mínimo exigible 498 euros (pagando la Seguridad Social aparte). El precio de las horas sueltas está en Cáritas a 7,20 euros. En cambio, en el convenio de la Cruz Roja se sitúa en torno a los 8,5 euros.

La relación laboral formalizada por las entidades a través de unas referencias retributivas y la definición de unas obligaciones laborales incorpora importantes ventajas a todos los actores implicados: facilita a las asociaciones su labor ya que por debajo de esas condiciones, en principio, no van a aceptar la oferta; da seguridad a la familia empleadora que sabe exactamente cuánto debe pagar para cualquier servicio que demande a mayores a su trabajadora; ofrece confianza y apoyo a la cuidadora que es consciente en todo momento de si le están pagando un precio inferior al que realmente debería establecerse.

La aparición de la figura de la cuidadora de ancianos inmigrante ha contribuido a que las asociaciones vigilen con más rigor el cumplimiento de las condiciones laborales. Aunque éstas ya estaban definidas para las modalidades tradicionales del empleo doméstico (interna y externa), la incorporación de la asistencia de personas dependientes ha introducido nuevas exigencias centradas en:

- 1) la formalización de las remuneraciones salariales y
- 2) en los tiempos de descanso necesarios para las trabajadoras.

La ampliación de las tareas y el endurecimiento en las mismas que ha introducido el cuidado de ancianos en el tradicional concepto del servicio doméstico son, sin duda, elementos que han incidido en que estas entidades se planteen una regulación laboral de este sector abandonado por la legislación. De ahí que en ocasiones, el salario que se pacta desde la asociación dependa del grado de dependencia y de la carga de trabajo que soportará la cuidadora. Ello significa que contrariamente a la definición legal de servicio doméstico, las organizaciones distinguen entre lo que es el trabajo doméstico y el de cuidado, al cual se le atribuyen unas actividades específicas y diferenciadas del mantenimiento del hogar. Por ello, las retribuciones a parte de tener unos mínimos exigibles (en Pamplona en torno a los 700 euros y en A Coruña sobre los 600) éstos se incrementan para el caso de las internas según los niveles de autonomía del mayor y la dureza de las actividades que la cuidadora tenga que realizar. Dicha consideración requiere de una atención personalizada de cada una de las ofertas laborales para intentar identificar las situaciones por las que pasan las trabajadoras. A mayor carga de trabajo, más tiempo libre; a mayor aislamiento, más días de descanso o mejor salario.

“Y no, al revés, porque hay ofertas que son muy duras, porque hay personas muy enfermas, el cuidador que hay va a estar solo, va a estar un pueblo casi aislado con él, no puede tener el día y medio estipulado libre a la semana, sino que tiene que ser cada quince días que es cuando pueden venir los familiares, entonces al revés, en esos casos lo que tratamos es de que se compense eso de la forma que se acuerde”. (P2, Técnico Laboral ANAFE).

“Saber cual es la situación que se plantea en casa, es decir, que tipo de enfermedad tienen, que tipo de necesidad requieren, hay asear, hay que levantar, está en una silla, le falta una pierna, yo qué sé tiene principios de demencia, mediados de demencia, finales de demencia, carácter... Dodotis, lleva Dodotis, no lleva Dodotis... Fundamentalmente el tema del carácter de las personas mayores. Porque eso sí que muchas veces, cuando la relación laboral no funciona, que bueno, con personas mayores vamos tirando, muchas veces es por el tema del carácter de las personas que haya que atender”. (P4, Responsable Casa Misericordia).

Más difícil de regular salarial y laboralmente han sido las nuevas modalidades de empleo asociadas al sector doméstico de cuidados. En Pamplona, también existe un intento de regulación de estas figuras a través de convenios entre las diferentes entidades. Son las actividades de las **modalidades de asistencia y compañía** que cumplen funciones de “**alivio**” o de “**respiro**” en algunos casos, o de “**complementariedad**” al cuidador principal en otros. Se trata de aquellas personas que trabajan eventualmente realizando “**noches**” para cuidar a alguien o “**dar paseos**” haciéndoles compañía. Se acude a este tipo de cuidadoras en momentos en los que falla la persona que principalmente dispensa la asistencia (**suplencias**) y, en otros, son “complementarios” a una cuidadora contratada bien en régimen de interna o bien de externa para cubrir su ausencia durante los días libres. En cualquier caso, sustituyen la presencia de una cuidadora principal.

La regulación laboral de estas figuras es diferente a las anteriores ya que este tipo de empleo no aparece dentro del Régimen Especial de Empleados de Hogar. El precio establecido por Cáritas por noche de cuidados se sitúa en los 48 euros, mientras que en Cruz Roja asciende a 80 euros. En cuanto a la tarea de “sacar a pasear” únicamente he encontrado un precio prefijado en la Casa de la Misericordia situándose su retribución en cinco euros la hora. Ni en Cruz Roja ni en Cáritas tienen reflejada esta actividad de compañía en el exterior. Aunque en algunos casos les han llegado ofertas laborales de esta modalidad, es común que esta figura surja directamente en las residencias gerontológicas y en los hospitales. De hecho, en A Coruña las contrataciones esporádicas de “hacer noches” o “de paseo” no son gestionadas por las asociaciones, aunque sí se organizan a través del “Centro Hogar” de Cáritas.

“Nosotros no tenemos ese tipo de trabajos porque eso es pan hoy y hambre para mañana. Si tuvieras a 20 usuarias sí lo podrías hacer pero con la cantidad de usuarias que tenemos es que eso no... Me cuesta lo mismo encontrar una oferta para un día que para que sea indefinido” (C1, Técnico Laboral Ecos do Sur).

5.2.3.- Las formas de mediación entre la empleadora y la empleada

Además de establecer la contactación entre la familia empleadora y la trabajadora, las entidades implicadas en la gestión de esta bolsa de empleo se convierten en verdaderos agentes de mediación resultando de este proceso una importante labor educativa dirigida a ambas partes de la relación laboral. La forma de establecer la contactación y la mediación dependerá de la filosofía de la entidad por lo que en este caso también existe una heterogeneidad de procedimientos. En Pamplona, por ejemplo, tanto Cáritas como la Congregación María Inmaculada **controlan todo el proceso de selección** de la trabajadora, realizándose en sus sedes la entrevista de trabajo. La mediación continúa con el seguimiento de la relación laboral durante un tiempo determinado. Sin embargo, en A Coruña, Equus Zebra tan sólo informa de la oferta laboral al posible trabajador, siendo él directamente quien debe ponerse en contacto con la familia. Ecos do Sur, en esta misma ciudad, aunque contacta con ambas partes e informa de las condiciones laborales, éstas se negocian entre la familia y la futura empleada.

“Otra cosa. Aquí a diferencia de Cáritas no cogemos ofertas por teléfono. Tienen que venir aquí los señores. Nosotras a no ser que nos digan que hay un problema especial, imposible, intentamos conocerlos [...] porque ya han pasado bastantes cosas por ahí, por anuncios en el periódico, de que sea mentira a que quieran abusar de ellas. Los intentamos conocer un poquito para hacernos una idea y se nota, se nota”. (P5, Responsable Congregación María Inmaculada).

“No, la entrevista de trabajo se hace fuera de Ecos do Sur porque nosotros intermediamos en las condiciones laborales nada más. Porque estamos hablando de personas irregulares” (C1, Técnico Laboral Ecos do Sur).

Pero, en muchas ocasiones, son las propias familias las que demandan un cierto asesoramiento pues llega “muchacha gente desorientada, totalmente desorientada, descentrada, y con graves situaciones familiares que no llegar, depresiones, las mujeres en el psicólogo” (P3, Coordinadora Laboral Cáritas) de ahí que también sea necesario que el agente de empleo tenga una actitud comprensiva y tranquilizadora. Muchas de ellas es la primera vez que contratan a alguien y no saben cómo actuar con una nueva persona desconocida en su propio hogar o en el de sus padres. **La mediación es**

bidireccional. Se dirige tanto a las familias como a las extranjeras. Con las primeras se hace una labor educativa de la situación que tienen los inmigrantes en el país receptor, se les da unos conocimientos básicos sobre la Ley de Extranjería y la Ley de Servicio Doméstico, se les informa incluso de las ayudas y subvenciones de los Gobiernos Autonómicos y Municipales para hacer frente al cuidado de sus mayores. Se les explica qué es una “cuidadora”, sobre todo, si van a trabajar en régimen de interna y se incide en la diferencia de este trabajo con el que realiza una empleada doméstica.

“No se dan cuenta (*se refiere a las familias empleadoras*), entonces intentamos concienciar también a los particulares que una cosa es que alguien vaya dos horas a tu casa a plancharte o que alguien vaya dos horas a tu casa a ayudarte a cambiar a tu padre el pañal porque está hospitalizado en la cama o cuidar a alguien interna y que tenga que estar 24 horas al día cuidando de una persona que tiene cualquier tipo de enfermedad” (P2, Técnico Laboral ANAFE).

A las segundas se les forma en la cultura de trabajo española (la puntualidad, cómo deben actuar cuando tienen algún problema...), se le da información sobre el sistema sanitario y se les explica que en caso de estar dadas de Alta en la Seguridad Social una parte de la cotización tienen que pagarla ellas¹¹. También se imparten cursos sobre actividades domésticas (cocinar, planchar, uso de electrodomésticos...) y sobre la atención a personas dependientes.

“Y luego otro lado también, nos tenemos que pelear el tema de los contratos con los participantes, porque hay gente que no quiere cotizar a la Seguridad Social y ya les decimos: “A la Seguridad Social tenéis que cotizar” y ya han entrado un poco más por el tema de renovación de papeles, porque luego tienen que renovar los papeles, más que por la conciencia de cotización. Porque para ellos, a ver, hay que ver que la cultura que tienen ellos es completamente distinta a nosotros, entonces, lo que para ti o para mí es muy lógico el tema de la cotización a la seguridad social, pues igual para ellos es como que les está quitando el dinero”. (C4, Técnico Laboral Cruz Roja).

Esta labor de sensibilización que realizan las entidades con las familias empleadoras se ha profundizado desde que han comenzado a gestionar empleos relacionados en el sector de cuidados. El trabajo de asistencia, como se ha reiterado en páginas precedentes, precisa el desempeño de unas actividades específicas que en muchos casos requieren de una formación previa (inyectar, primeros auxilios, movilización del enfermo...). Prácticamente todas las asociaciones con una bolsa de empleo para el

¹¹ En el Régimen Especial de los Empleados de Hogar una parte de la Seguridad Social la pagan las familias empleadoras pero otra corresponde a la trabajadora. En el año 2005 asciende a 131,67 euros/mes, siendo 22 euros lo que tiene abonar la empleada.

trabajo de atención a domicilio ya organizan cursos relacionados con el ámbito geriátrico, algunos de ellos de elevado nivel profesional, preparados sobre todo por aquellas entidades con bolsas de empleo profesionales (como ANAFE y Cruz Roja en Pamplona) y solidarias (como Ecos do Sur en A Coruña).

Es decir, las entidades del Tercer Sector cumplen en el caso de la gestión del sector de cuidados una función de cobertura hacia las empleadas de hogar inmigrantes y hacia las familias que las contratan en términos de asesoramiento, información, formación e incluso relleno del vacío legislativo existente en el plano laboral de esta actividad. Sin embargo, se ha encontrado que algunas de estas instituciones plantean sus competencias más allá del ámbito estrictamente profesional llegando a esferas de la vida personal de las trabajadoras inmigrantes. En el trabajo de campo realizado destaca el papel de la Congregación María Inmaculada en la **socialización** de las mujeres inmigrantes en las normas de la sociedad de acogida y en los valores religiosos. Organizan excursiones, fiestas, reuniones y convivencias espirituales con la finalidad de que “se sientan acompañadas”. Andall (2000) ha señalado el lado oscuro de esta función. Dicha autora, para referirse a la situación de las empleadas domésticas en Italia expone como las órdenes religiosas enseñaban a las trabajadoras a aceptar sus condiciones de explotación. La dependencia de las extranjeras no solamente se reproduce en su relación con la familia empleadora sino también con la entidad que las ha ayudado a encontrar empleo.

Después de mi experiencia de convivencia durante tres fines de semana con las religiosas de María Inmaculada de A Coruña y con las inmigrantes que allí acuden en búsqueda de empleo puedo confirmar la vigencia de esta concepción en esta orden. Un domingo al mes celebran lo que se denomina “Día de las Culturas”. La fiesta comienza a las doce de la mañana con una misa que tiene lugar media hora más tarde. “A las chicas las hacemos venir más temprano para que no lleguen tarde porque son muy impuntuales” (C6, Responsable Congregación María Inmaculada). El evangelio de la ceremonia eclesiástica está dirigido a resaltar las funciones de la inmigración en el país y a establecer las pautas correctas de comportamiento.

“Tenéis una gran labor entre vuestras manos. Cuidar a ancianos que necesitan cariño y vuestra ayuda. Las mujeres siempre han desempeñado este papel y vosotras con vuestras palabras cariñosas les hacéis la vida más fácil. Es deber de todo católico ser

un buen trabajador y obedecer a las personas que os brindan su hogar y os dan trabajo” (Palabras del clérigo durante la ceremonia).

Los consejos del sacerdote se convierten en códigos de “buena conducta”. Una vez que termina el oficio religioso hay una charla de media hora realizada por una persona española voluntaria para que hable de ciertos temas. Ese domingo la lección versó sobre “La amistad”. El voluntario, siempre en tono religioso, da su percepción sobre el asunto a tratar. El día festivo prosigue con una comida elaborada por las propias monjas a la cual no se puede asistir si anteriormente no han acudido a la misa.

Esta misma institución en Pamplona utiliza como manual para dar consejos a las familias empleadoras y a las empleadas un libro titulado “Guía del servicio doméstico” (Churrua, 2002), en donde se describen las funciones de las empleadas de hogar y cuidadoras de ancianos al mismo tiempo que se redunda en las obligaciones de ambas partes. Todos los capítulos están llenos de recomendaciones que asumen el papel de la mujer dentro del hogar, de la jerarquía que debe establecerse en la relación familia/trabajadora y de estereotipos en torno a las trabajadoras inmigrantes que forman parte de los clásicos tópicos compartidos por algunos segmentos de la sociedad civil (como los de que son personas con escasa formación académica y pocas ganas de trabajar). A continuación se exponen unos fragmentos textuales para que el lector/a se haga una idea de las propuestas:

“Por supuesto que todo trabajador merece un sueldo justo, Seguridad Social, y demás condiciones a las que tiene derecho. Pero me parece importante reiterar que el sueldo debería ir en función de la valía de la empleada, pues hay una gran diferencia entre una profesional en la que se puede delegar completamente, y una persona que desconoce los pormenores de su trabajo, por lo cual el ama de casa debe dedicar mucho tiempo a enseñarle o asumir los disgustos y los costes de las cosas mal hechas o estropeadas. El jefe tiene derecho a decir cómo quiere que se haga el trabajo, o llamar la atención a su empleado si éste no cumple bien con su labor. Sin embargo, es muy habitual comprobar que el ama de casa aguanta y acepta una calidad de trabajo mediocre y una falta de profesionalidad que ninguna empresa toleraría a sus empleados. [...] Considero que como norma general el empleado ha de comer el menú de la casa sin comprar ni prepararse comidas especiales. [...] Sin embargo, las cosas se pueden hablar y llegar a un acuerdo. Por ejemplo, para las chicas extranjeras suele ser muy difícil adaptarse a los

horarios españoles y les cuesta trabajo aguantar el hambre hasta la hora de comer y de cenar. [...] Muchas de las chicas que se dedican a trabajar como empleadas de hogar provienen de culturas diferentes y economías menos desarrolladas que la nuestra; en muchos casos no han trabajado antes, e incluso si conocen el mundo laboral, no se han movido en los niveles de exigencia/competencia existentes en nuestra sociedad. Aunque han venido a España en busca de trabajo para solucionar sus problemas económicos, no llegan a asimilar el hecho de que el trabajo es la manera de situarse en la vida, de ganar más dinero y de tener un futuro mejor. No siempre se dan cuenta de que todo el que lleva a cabo su labor con dignidad y responsabilidad merece un respeto. En muchos casos trabajan sin interés, con desgana y sin asumir ninguna responsabilidad hacia sus funciones, sino intentando hacer lo menos posible” (Churrua, 2002: 42-45).

En definitiva, la función de la gestión de la bolsa de trabajo se combina en este caso con una labor educativa en la que resalta la interiorización de los roles femeninos. Tanto en Galicia como en Navarra la Congregación María Inmaculada enseña a las mujeres inmigrantes a aprender el rol que su condición de género les ha destinado. La filosofía de las entidades laicas como ANAFE Pamplona o Cruz Roja es bien distinta. En estas instituciones se realiza una valoración de la formación de la persona que acude a buscar trabajo e incluso se trata de incorporarla a otros empleos no relacionados con el servicio doméstico¹².

5.3.- Conclusiones

El sector doméstico está cambiando sus modalidades y sus pautas de organización. La introducción de la figura de la cuidadora de ancianos es la principal responsable de estas modificaciones. Se han ampliado las tareas de la “sirvienta doméstica” y se han introducido nuevas modalidades de empleo doméstico con la aparición de las cuidadores eventuales para los fines de semana, algunas noches o determinadas horas para sacar a pasear al mayor.

Las asociaciones e instituciones que disponían de una bolsa de trabajo destinada al colectivo inmigrante han experimentado, desde mediados de la década de los 90, un

¹² Hay que tener en cuenta que ANAFE forma parte de CCOO y al sindicato llegan ofertas laborales dirigidas a diversos sectores de actividad y no únicamente al servicio doméstico.

importante número de ofertas y demandas laborales en el sector doméstico de cuidados. La canalización de este mercado laboral va a depender de la institución que la organice y del ámbito geográfico en el que se desarrolle. En Pamplona la idea de unir inmigración con cuidado de ancianos surgió de una manera espontánea cuando la realidad alumbró necesidades entre ambos colectivos que podían complementarse. Por una parte, la llegada de mujeres irregulares sin alojamiento y sin trabajo y por otra, la situación de sobrecarga de algunas mujeres que tenían que afrontar la pérdida de facultades funcionales y/o físicas de los miembros de edad más avanzada. En A Coruña, sin embargo, los flujos migratorios que llegaban a esta ciudad no eran suficientes como para cubrir la “demanda” de este ámbito laboral. Ahí es donde las instituciones religiosas han jugado un rol fundamental en la atracción de mujeres foráneas. En este caso, la relación inmigración y dependencia se ha articulado de una manera organizada.

Tras el trabajo de campo expuesto puede concluirse que la aparición del sector doméstico de cuidados ha provocado que todas las organizaciones orientadas a la inserción laboral de personas inmigrantes modificasen los criterios de coordinación de las bolsas de empleo en torno al servicio doméstico. Si bien han continuado con su labor de mediación, asesoramiento e información a las familias empleadoras y a las mujeres inmigrantes, han tenido que profundizar en su **función de establecer unas condiciones laborales acordes con la especialización en las tareas de cuidado**. Instaurar la exigencia de un salario mínimo y sensibilizar a las familias sobre los tiempos de descanso han sido los elementos principales para compensar a las trabajadoras de este sector ante la legalidad impuesta de los “tiempos de presencia” y el endurecimiento de las actividades que ahora son asignadas a las empleadas de hogar.

Tabla 5.3.- Tabla salarial definida por Cáritas, Congregación María Inmaculada y Anafe para la regulación del sector doméstico de cuidados en Pamplona.

PRECIOS MÍNIMOS RECOMENDADOS PARA LOS TRABAJOS COMO <u>EXTERNAS</u>				
HORAS POR DÍA	SIN SEGURIDAD SOCIAL		CON SEGURIDAD SOCIAL	
	EUROS	PESETAS	EUROS	PESETAS
2	240	40.000		
3	300	50.000		
4	360	60.000	330 + Seg. Soc.	55.000 + Seg. Soc.
5	420	70.000	360 + Seg. Soc.	60.000 + Seg. Soc.
6	480	80.000	420 + Seg. Soc.	70.000 + Seg. Soc.
7	540	90.000	480 + Seg. Soc.	80.000 + Seg. Soc.
8	600	100.000	540 + Seg. Soc.	90.000 + Seg. Soc.
9 o más	700	116.470	650 + Seg. Soc.	108.150 + Seg. Soc.
<p>HORAS SUELTAS: 7,2 eur/hora (1.200 pts.)</p> <p>FINES DE SEMANA INTERNAS (desde el Sábado al medio día a Domingo noche): 72 Eur. por cada FIN DE SEMANA (12.000pts.)</p> <p>FESTIVOS: 48 Eur. (8.000 pts.)</p> <p>NOCHES: # LUNES A VIERNES: 700 eur. AL MES # TODAS MENOS UNA: 760 eur. AL MES</p> <p># NOCHES SUELTAS: 48 eur. POR NOCHE (8.000pts.)</p> <p>PAGAS EXTRAORDINARIAS: corresponden dos medias pagas al año, en Diciembre y en Julio. Cuando se trabajan horas sueltas y hay un precio establecido por cada hora de trabajo, las pagas irán incluidas en el salario</p> <p>VACACIONES: corresponden 30 días de vacaciones anuales (15 días a voluntad del empleador y 15 días a voluntad de la empleada). Cuando se trabajan horas sueltas y hay un precio establecido por cada hora de trabajo, las vacaciones irán incluidas en el salario.</p> <p>Recomendamos que el acuerdo quede por escrito, teniendo una copia los empleadores y otra la empleada.</p> <p>Recomendamos que la empleada no utilice el teléfono particular.</p> <p>Recomendamos que no se den mensualidades por adelantado.</p> <p>Estos precios son mínimos y quedan supeditados al acuerdo que lleguen las partes.</p> <p>PLUS POR JORNADA PARTIDA: 40 eur. Al mes</p>				
PRECIO MÍNIMO RECOMENDADO PARA LOS TRABAJOS COMO <u>INTERNAS</u>				
	SIN SEGURIDAD SOCIAL		CON SEGURIDAD SOCIAL	
	EUROS	PESETAS	EUROS	PESETAS
	700	116.470	700 + Seg. Soc.	116.470 + Seg. Soc.

Tabla 5.4.- Tabla salarial definida por Cruz Roja Pamplona. Tarifas orientativas para el sector doméstico de cuidados.

Horas Día	Horas Semana	Horas mes	Precio Hora	Precio Mes
1	5	20	8.5 €	174 €
2	10	40	6.6 €	265 €
3	15,16,17	60,64,68	5.52 €	331 €
	18	72	5.31 €	383 €
	19	78	5.12 €	400 €
4	20	80	4.5€ €	360€ + SS
5	25	100	4.32 €	432 € + SS
6	30	120	4.15	498 € + SS
7	35	140	3.87 €	542 € + SS
8	40	160	3.91 €	627 €+ SS

- El total mes se ha calculado sobre 22 días laborales, trabajando de lunes a sábado.
- Seguridad Social: 131.67€ (de esta cuota, se puede imputar al salario de la persona trabajadora un máximo de 22€).

JORNADA PARTIDA / TURNOS:

- Se incrementará un 20% al total mes en el tramo de 1 a 3 horas/días
- Se incrementará un 15% al total mes en el tramo de 4 a 6 horas/días
- Se incrementará un 10% al total mes en el tramo de 7 a 8 horas/días

HORAS SUELTAS: cuando son menos de 5 horas a la semana de 8.5 € hora

DIAS FESTIVOS: Se cuenta día festivo el domingo hasta las 24:00h.

- Cuando son horas sueltas, dentro del fin de semana se incrementa un 25% a las tarifas correspondientes al num de horas trabajadas.
- Cuando es un fin de semana completo de manera esporádico de 116 €
- Cuando son todos los fines de semana del mes 331€

NOCHES:

- Una noche de manera esporádica: 80 €
- Noches de lunes a viernes: 783€ (jornada normal + 25% nocturnidad)

EMPLEADA DE HOGAR INTERNA:

- SALARIO: el salario será de 796€.
- PERIODO DE PRUEBA: 15 días
- DESCANSO SEMANAL: comenzará a partir del sábado a la 13:30 hasta el domingo por la noche. Además es aconsejable que la empleada disfrute de unas horas de descanso durante el día. Este descanso semanal se hará con independencia de los días festivos (14 días al año y marcado por calendario laboral) y fines de semana.

CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS

- PAGA EXTRA: le corresponde a la trabajadora una paga extra al año, que suele ir dividida en dos (julio y diciembre).
- VACACIONES: le corresponde un mes de vacaciones pagado por año de trabajo, y en su defecto el tiempo proporcional a los días trabajados.
- CONTRATO: si se procede a dar de alta en SS, la cantidad establecida para 2005 asciende a 131.67€/mes En caso de que sea compartida, 109.67 corresponderá a la empleadora/o y 22 € a la trabajadora/o.
- EXTINCION DE CONTRATO: el periodo de preaviso para finalizar la relación laboral: por parte de la empleada se hará con 7 días de antelación, por parte del empleador si el contrato es de más de 1 año con 20 días de antelación y si es menos de 1 años con 7 días de antelación.

RECOMENDACIONES:

- No es recomendable que la empleada trabaje en sus horas de descanso, vacaciones o días de fiesta estipulados, pero si así fuere, se considerará trabajo extra y deberá abonarse como tal, acordando la cantidad previamente entre ambas partes.
- Se recomienda acordar la fecha del pago de la mensualidad.
- Si la relación laboral finalizara antes de un año, se deberá abonar a la Empleada la parte proporcional de vacaciones y pagas extras que le corresponda (cálculo finiquito).
- Se recomienda que todos los acuerdos se tomen por escrito, teniendo una copia la parte empleadora y otra la parte trabajadora.

Capítulo 6.- El veneno y el antídoto. Regulación vieja para una necesidad ignorada.

¿Es servicio doméstico el cuidado de personas mayores? Existe una tendencia a incluir el cuidado de personas dependientes a domicilio¹ como una actividad añadida al servicio doméstico. Esta asociación parte, por un lado, de la vinculación jurídica entre el trabajo de limpieza y el trabajo reproductivo que recoge el Real Decreto 1424/1985, regulador de las condiciones laborales del Régimen de Empleados de Hogar. Por otro, la asimilación entre servicio doméstico y atención personal se desarrolla más allá de los límites legales. Se extiende desde las propias familias empleadoras, quienes observan la asistencia como un trabajo que se desempeña en el hogar y, por tanto, junto a ella se desenvuelve la limpieza de la casa. Limpiar y cuidar se convierten en actividades inseparables porque lo dice la ley y los propios implicados así lo consideran.

Sin embargo, y a pesar del discurso de los actores involucrados, el trabajo de campo realizado ofrece notables evidencias de que el cuidado de mayores es una actividad distinta al servicio doméstico. Las sustanciales diferencias que prueban la entidad independiente de esta actividad se basan en aspectos referentes a la formación requerida a las empleadas, la intensidad de las tareas que éstas tienen que realizar, la aparición de nuevas modalidades de empleo, los nuevos horarios laborales, los nuevos elementos que modelan la relación trabajadora-empleadores y los distintos mecanismos de dominación que sobrepasan el ámbito laboral y alcanzan el afectivo. Aunque ambas actividades se regulen bajo las mismas condiciones, aunque el lugar de trabajo sea el domicilio del receptor de cuidados, aunque los empleadores no sean capaces de separar el acto de cuidar de la tarea de limpiar, cuidar no es servicio doméstico.

La asistencia de personas mayores desempeñada por empleadas de hogar pertenece a lo que en esta investigación se ha denominado como sector doméstico de cuidados. Ya tiene nombre y necesita de una regulación jurídica propia, porque este sector nacido en el seno del servicio doméstico, ha crecido más que su progenitor. Veamos con detalle

¹ Únicamente el que se realiza en el seno del servicio doméstico y no el que es desempeñado a través de empresas privadas.

cuáles son los factores que diferencian el trabajo de cuidados del tradicional servicio doméstico.

6.1.- El retorno de la esclavitud

En el sector doméstico de cuidados es común que la atención personal de los ancianos se combine con las actividades de limpieza y mantenimiento del hogar. Al ser un trabajo que se realiza en el interior del domicilio, las cuidadoras de ancianos, no son solamente eso, sino que se convierten en “chicas para todo”. Esta situación es especialmente importante en el régimen de interna. El 89,4% de las cuidadoras entrevistadas en el estudio “Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores” (IMSERSO, 2004b), aseguran que la realización de las tareas domésticas (limpiar, planchar, cocinar...) forma parte de su trabajo junto con la asistencia y cuidados.

Ello repercute en la invisibilización de su trabajo como cuidadoras, en la escasa valoración del mismo y en la asimilación del acto del cuidado como una mera actividad doméstica más. La limpieza y la toma de contacto con el anciano se hacen al mismo tiempo. Bañar al mayor, responsabilizarse de las medicinas, acompañarlo al médico e ir con él a dar un paseo para que recupere algo de su movilidad son las actividades más sencillas que tiene que realizar una cuidadora. La incontinencia fecal y urinaria y la vigilancia nocturna del anciano, son los aspectos más duros que se tienen que afrontar en este empleo.

“En Colombia tú trabajas de enfermera y es solamente para cuidar a la persona. Solamente tú te dedicas al paciente. Si hay que inyectarle inyecciones, si hay que ponerle suero, si hay que estar pendiente de las medicinas, solamente del paciente. Aquí viene una chica, una señora que es la que hace el aseo general, pero yo a diario me levanto a las 9:00 de la mañana, aspiro, luego le hago un jugo de naranja a ella, luego ella se levanta, la visto, ella ya camina un poco, pero está muy mal”. (E1, Cuidadora colombiana, A Coruña, 2003)

“También limpio la casa. Porque aquí va incluido eso también. En el momento en que no estás cuidando a la persona estás haciendo algo” (E5, Cuidadora brasileña, A Coruña, 2003).

“Les ayudo a bañarse, les baño, pero con la una, con la mayor, es la más ágil, está mucho mejor en sus facultades mentales, es más cuerda, está más lúcida... Ella se da cuenta de todo, ella no necesita otra persona más que por ejemplo, lo que yo le hago. La comida, le ayudo al aseo, la ropa limpia, la ropa planchada, a la otra sí tengo que bañarle todos los días, tengo que cambiarle la ropa, usa pañal a la noche, bueno, las dos las tengo con pañal, porque si no es terrible. La casa, cuando llegué, es fatal. Está

terrible. Tuve que empezar a limpiar a hacer todo. Las cosas de casa también. Es un trabajo bastante fuerte". (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

"Y claro, dirán: "Esta señora no va a venir a cuidar solo a mi padre" y entonces también les limpio la casa". (E25, Cuidadora venezolana, A Coruña, 2003).

El cuidado de personas mayores es una actividad con unas características propias que difieren de las encontradas en las tareas relacionadas con la limpieza del hogar e incluso también divergen de las tareas de atención a niños. **El "cuidado de ancianos" amplía y extiende las actividades que clásicamente desempeñaban las "sirvientas"**. A la limpieza del hogar se suman las de vigilancia y asistencia de los miembros más mayores. Ello supone tener bajo responsabilidad la vida de personas a la que es necesario atender no únicamente desde el punto de vista físico. La asistencia pasa por la comprensión, el cariño y la compañía. A las duras tareas de atención personal relacionadas con el aseo, la movilidad, el suministro de medicamentos y la vigilancia nocturna también existen actividades emocionales conducentes a mantener el bienestar psicológico del enfermo anciano.

"Tienes que tener mucha humanidad. Hoy no he dormido porque hay noches que quiere ir al baño y no quiere la cuña, quería ir al baño y en el baño me tuvo media hora sentada, media hora. Y otros dirán, que fatal, no se duerme, que mal. Pero yo digo, éste es mi trabajo y que le voy a hacer" (E8, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

"Arrimamos la cama al ropero, y nos acostamos nosotros, por ejemplo, en el suelo. Nos acostamos al lado de ella para ver... si rueda, rueda, y si cae lo hace encima de nosotros pero nos damos cuenta de que cae. A veces, quiere levantarse y yo estoy ahí y le digo: "Duerme, duerme, no te preocupes". Dormimos así más tranquilos, a pesar de que se levanta y nos llama..." (E10, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

"Era psicópata depresiva. Era terrible, terrible. Pensaba en suicidio, suicidio, suicidio, está en un cuarto oscuro y estuve tres meses para levantarla de la cama y que fuera a la calle, para pasear, para andar. Tres meses, pero hacía tres años que estaba en la cama en un cuarto oscuro. Tenía asistente social, psiquiatra, todos trabajando juntos, un día tiró ella de la cama, y un día me llama: "María, estoy fatal", "¿Qué fue?", "Sale un poquito". Y ella se anima y sale. Tiene manía ahora conmigo. Para mí fue terrible. Yo tenía miedo de salir un día de aquí, llegar allí y encontrarla muerta. Fue terrible (...). Ella sigue aún con tratamiento" (E5, Cuidadora brasileña, A Coruña, 2003)".

"Pero la señora desvariaba un poco de la depresión y después tuvo una trombosis, siempre se caía. La casa era pequeña y había poco que limpiar y la señora no era difícil sólo había que cocinar unas verduras y pasar, hacer unas papas con leche y un poco de café y galletas y la ayudaba a sentar y a comer sola. Ella misma comía sola. Y darle la medicina. La responsabilidad era darle la medicina, el horario era a las diez de la mañana... Siempre buscaba alguna cosa para que hiciese ella misma, peinarse los cabellos, pintarse... Ella no podía salir de casa porque se caía. No tenía una silla de ruedas. Ella sólo salía de la cama y se sentaba en el sillón. Tomaba muchísimos medicamentos para la depresión: 7 comprimidos por la mañana, 7 al mediodía, por la noche no sé si era menos, eran cinco" (E4, Cuidadora brasileña, A Coruña, 2003).

En el cuidado de niños la tarea emocional se considera más ligera psicológicamente pues se trata de personas con vitalidad y fuerza dinámica, de la cual carecen los mayores.

“Con niños es más gratificante trabajar. Es mucho más gratificante. Con ellos vives cada día. Con los ancianos tienes que tener una paciencia enorme. Tienes que tener una paciencia increíble. Tú ves que a diario van a menos. Un niño va a más. Porque van enseñando y todo toman, todo cogen. Entonces eso para ti es un estímulo y le enseñé esto... En cambio, el anciano va a menos. Cada día va a menos, tienes que ayudarlo más, ves que va perdiendo las facultades, le ves que te necesita. (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

La trabajadora debe de mantener una posición conversadora, de comprensión y de ánimo ante personas que quizá pierdan la vida en poco tiempo. Las cuidadoras entrevistadas afirman que uno de los mayores problemas de las personas receptoras de asistencia es el grado de depresión en el se encuentran originado no únicamente por motivos de salud, sino también personales que en muchos casos son agudizados por ciertos medicamentos. Las enfermedades, las patologías irreversibles, los medicamentos, influyen en el estado de ánimo de los mayores y en sus alteraciones de carácter.

“Pero que una persona también que está muy malita, y ya uno tiene que ver con eso, que aunque tengan caprichos, uno sabe que es a través de su enfermedad o de sus cosas porque personas enfermas siempre se aburren. Hay días que están muy a gusto, pero hay días que también... bueno, hay momentos en que están enfermas, pero dices, como fastidian... Cuando uno está malo no quieren ni que les toquen ni que les vayan a hablar, que le vayas a decir nada, pero...” (E2, Cuidadora dominicana, A Coruña, 2003).

“Necesita, esa señora, necesita de mucho cariño, porque los hijos no pueden estar todo el tiempo con ella y ella lo que necesita es estar acompañada, no tanto los cuidados. Ella me llama y me dice que soy su ángel, que soy su... me dice que le toque con la mano en el lado izquierdo, y yo ojalá que con tocarla fuera suficiente, que le pase el dolor” (E8, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

El esfuerzo físico y la implicación que suponen la custodia continua del mayor repercuten en el estado anímico de la cuidadora, sobre todo, si trabaja de interna. Como es bien conocido y otros estudios han recalcado el cansancio psicológico es un referente continuo en las mujeres que trabajan como internas en el servicio doméstico (Oso, 1998). Pero este agotamiento psicológico se agrava aún más cuando se añade el cuidado

de una persona mayor, debido, precisamente al mayor esfuerzo y dedicación que tienen que prestar².

“Y el otro ya te digo, se cuidaba prácticamente solo, pero a él había que darle más atención de... había que estar conversando con él... Claro, estás cansada, no te levantas con ánimos de nada, yo tenía que estar preguntándole: “Y cómo está, y cómo no sé qué”. Y a veces ni me daban ganas de hablar y ya me ponía mala y: “Qué te pasa. Por qué estás así, por qué no me dices nada...de verdad necesitas un poco de tiempo para relajarte y afrontar el día” (E20, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004).

“Es que no puedo contar con mi tiempo para nada. Para nada. No soy dueña de mi tiempo, no puedo decir, hoy cojo y me voy, que me apetece hacer esto. No, no. Es imposible, no puedo [...] Sí, es terrible. Estoy empezando con un problema de varices, porque paso mucho tiempo de pie, y no duermo tranquila. Porque me da miedo[...]El cuidar a una señora no solamente implica emplear tu trabajo físico, implica psicológico... Claro, no es lo mismo que trabajar ocho horas y llegues a casa y te olvides de tu trabajo. No. Me importa mi trabajo. Cuentas con tu privacidad. Aquí no pasa eso, no puedes decir, estoy cansada de hacer esto. No puedes decir, bueno, estoy cansada y me acuesto. Todo el tiempo tienes que hacer algo, todo el tiempo que tienes que estar ahí, ahí y ahí. Hay gente mayor en el edificio que dicen: “es que si vienen acá tienen que trabajar, tienen que trabajar”. (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003)

“Sí, es que uno se siente bien deprimida, psicológicamente se siente acabada. Se pasa todo el día sin poder decir nada, sin poder conversar, que si entra si sale, pero está cohibida de todas las cosas que dentro de la casa están. Quieres poner una música un volumen más alto, no se puede. Ver en los programas de la televisión que uno se quiere, no se puede porque se tiene que ver lo que ella ve, lo que ella hace. Igual en la comida tienes que comer lo que ella come y una está acostumbrada a otra comida”. (E17, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004).

La falta de espacio privado, de tiempo libre para relajarse y pensar en ella misma, la ausencia de un lugar propio que pueda “definir como suyo” agravan las circunstancias en las que se encuentra la inmigrante. El desarrollo vital y el trabajo pertenecen al mismo ámbito. No es posible separar lo que pertenece a tu propia vida y lo que es específico de tu ocupación. Ambos conceptos permanecen juntos, inseparables. No existe una definición del tiempo de tu jornada laboral, porque es todo el día. Estas horas no se pueden catalogar como extraordinarias, sino que es lo que la legislación denomina como **“tiempo de presencia”**³: “se trata de tiempos acordados entre el empleador y la trabajadora y que no se dedican a la realización de tareas domésticas habituales sino de

² “La soledad de la empleada que ve pasar las horas de su vida “entre cuatro paredes” puede desembocar en problemas de salud mental; las depresiones son frecuentes. La situación se agrava si la trabajadora está en contacto con personas de edad avanzada. Los problemas psicológicos de éstos últimos, su propia soledad y su frecuente tristeza influyen en el estado de ánimo de las mujeres inmigrantes, entonces las relaciones sociales se limitan, al contacto con su patrón; algunos sufren de enfermedades mentales, otras tienen enfermedades degenerativas...” (Oso, 2002: 298).

³ Ver con más detalle la definición de “tiempo de presencia” en el capítulo 5 de esta investigación.

tareas que exijan poco esfuerzo, como abrir la puerta, coger el teléfono, etc...”(Martínez Veiga, 2004). Pero, estas tareas no pueden ser definidas como de “poco esfuerzo” en la actividad del cuidado de ancianos. Levantarse por la noche, cuidar al anciano desvelado, suministrarle sus medicinas en horarios no “laborales” formaría parte del tiempo de presencia.

“A mí, a veces, cuando se me pone así... Todas las noches, por ejemplo, te llama. Y te llama, te llama, constantemente. Y no quiere nada, tan sólo verte. Ella por el día tampoco duerme. Tú estás cansada de la noche de no haber dormido, otro día atenderla más, porque se pone pesada... y es muy cansado” (E8, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

“Entonces, al cuidar ancianos al principio mal porque la abuela se tiene que levantar todas las noches cada hora, o cada hora y media para ir al baño” (E6, Cuidadora colombiana).

“Las acuesto, las dejo, pero en la madrugada siempre me despierto a ver si respiran o no respiran. Porque como están viejitas, al menos ver si les pasa algo, o si puedes ayudarles o... llamar al médico o hacer algo. Unas dos veces me levanto a verles” (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

“No me dejaba dormir las noches, me levantaba tres y cuatro veces a ver si se había orinado... O sea, una vez me cansé: “Me hace levantar cada rato, así que si usted se orina le tendremos que poner pañales a usted y yo me levantaré a las ocho de la mañana a darle el desayuno”. Porque igual todo el día arreglar la casa, hacer la comida, las cosas... Todo. La lavadora y todo. Entonces, se puso a llorar y me decía: “Eres una mala, chica mala, me tratas mal”. Y le dije: “Usted verá”. Porque era un suplicio levantarme, me acostaba a veces a las once de la noche, porque ella se acostaba a las nueve y yo arreglaba, estaba un rato despejada, pero a las once, once y media... A las dos de la mañana me llamaba, a las cuatro de la mañana me llamaba, a las seis otra vez. Y a las ocho ya quería que le diese de desayunar porque la estoy matando del hambre. Entonces yo me levantaba cansadísima. O sea, es que para mí la noche, todo el día puedes estar sacando el aire como burro, pero por la noche yo tengo que descansar. Por suerte, se tranquilizó y no me molestaba a las noches”. (E20, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004).

En general, las cuidadoras han hecho un enorme esfuerzo por adaptarse a la situación laboral que les ha tocado desempeñar. En la encuesta del IMSERSO mencionada sobre empleadas de hogar que cuidan personas mayores (IMSERSO, 2004b) se ha pedido a las personas entrevistadas (tanto españolas como extranjeras) que identificasen de entre una lista de actividades aquellas que consideran que son más engorrosas de realizar. Las tareas que han alcanzado más altas puntuaciones no han sobrepasado el 26% de las respuestas lo que significa que el descontento no ha superado a un cuarto de la muestra. Las funciones menos agradecidas son las relacionadas con el cuidado personal del dependiente, principalmente, las vinculadas a aspectos que suponen un esfuerzo físico y/o asociadas a los elementos de intimidad personal del mayor. Destaca la dificultad que entraña el contacto íntimo que requieren algunos tipos de atención como el cambio de

pañales en caso de incontinencia fecal o algunas actividades de movilidad como “acostarse/levantarse”.

Tabla 6.1.- Tareas identificadas por las empleadas de hogar que cuidan mayores como las más costosas a realizar, 2004.

	% de personas que consideran el desempeño de esa actividad como más molesta*
Acostarse/levantarse	26,6
Cambiar pañales heces	26,5
Utilizar el baño	22,8
Bañarse/ ducharse	22,5
Moverse	21,0
Andar por casa	20,0
Administración dinero	19,2
Salir/desplazarse	18,9
Vestirse/desvestirse	18,2
Ir al médico	17,1
Asearse/arreglarse	16,8
Otras tareas domésticas	16,3
Utilizar el teléfono	16,3
Gestiones	16,3
Utilizar transporte público	16,2
Abrochar los zapatos	15,6
Cambiar pañales orina	15,5
Dar medicación	15,2
Preparar comidas	14,0
Comer	13,6
Hacer compras	12,9

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2004b), *Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores*, Madrid, IMSERSO. Pregunta: ¿Podría indicarme, ahora, de todas las tareas que me ha dicho que realiza, cuáles son las que le resultan menos molestas?

* La pregunta original de la encuesta estaba relacionada con indicar las actividades menos molestas. Sin embargo, por diferencia, teniendo en cuenta la base de respuestas he calculado las personas a las que le resultaba la actividad más molesta.

Por lo tanto, hacer la limpieza de la casa, la compra y todas aquellas tareas relacionadas con el mantenimiento del hogar y con la gestión no se identifican como aspectos molestos a reseñar. La asistencia personal representa el trabajo más intenso de su jornada laboral y, por lo tanto, el más costoso a realizar.

Las entrevistas en profundidad realizadas a las cuidadoras inmigrantes también recogen situaciones de elevada carga laboral y escaso salario. En la siguiente tabla se resume cuál es el nivel de dependencia que sufren las personas de edad a las que cuidan las entrevistadas y qué tipo de enfermedades presentan. En una de las columnas figura el salario de las cuidadoras. Los casos que más llaman la atención por el alto grado de

vulnerabilidad es el de aquellas cuidadoras (que estando trabajando como internas) tienen que hacer frente a la asistencia de más de un anciano. En general, se trata de casos de matrimonios mayores que han perdido la autonomía a causa de su avanzada edad (suelen sobrepasar los 80 años). Sin embargo, la mayor carga de cuidar a dos mayores no se traduce en un mejor salario mensual. Es el caso, por ejemplo, de Laura (E1). Con 410 euros se ocupa de la realización de la limpieza del hogar junto con la atención diaria de un matrimonio en donde uno de los cónyuges, de 86 años padece Alzheimer y su mujer, de 84, tiene un cáncer terminal. En la misma situación se encuentra E6 que hace frente al cuidado de una pareja de ancianos, ambos con dependencia severa, por un sueldo de 480 euros mensuales.

Tabla 6.2.- Características del trabajo de cuidados que desempeñan las cuidadoras entrevistadas

Número entrevista	Salario	Modalidad atención	Situación jurídica	Cuidados personales	Nivel de dependencia	Limpieza del hogar	Días libres
E1	410 euros	Interna	Irregular	Matrimonio mayor. Uno con Alzheimer y otro con cáncer (86 y 84 años)	Severo (prácticamente no pueden moverse sin su ayuda)	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E2	570 euros	Interna	Irregular (papeles en trámite)	Anciana de 82 años	Severo (graves problemas de movilidad)	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E3							
E4	360 euros	Pseudointerna	Regular (tarjeta de estudiante)	Anciana de 78 años con depresión y trombosis	Severo (no puede moverse y necesita ayuda para todas las actividades diarias)	Sí (una señora española cuida a la anciana por las noches)	Libertad para estudiar durante el día. Libra los fines de semana
E5	-	Externa fija (siete horas diarias)	Regular	Anciana de 73 años con una dependencia moderada y con una psicosis depresiva	Moderado	Sí	
E6	480 euros	Interna	Irregular (papeles en trámite)	Matrimonio mayor. El con Alzheimer y ella rompió una cadera en una caída	Severo	No (la realiza una mujer española externa por horas)	Sábado día y noche
E7	540 euros	Interna	Irregular (papeles en trámite)	Dos ancianas de 94 y 89 años. Deterioro cognitivo y de movilidad a causa de la vejez	Severo	Sí	Libra un fin de semana al mes
E8	720 euros	Interna	Irregular (papeles en trámite)	Anciana de 84 años con diabetes y problemas de movilidad	Severo	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E9	420 euros	Interna	Irregular	Anciana con problemas de movilidad	Severo	Sí	Un día del fin de semana
E10	420 euros (trabaja con E9 que es su mujer. Son 420€ c/u).	Interno	Irregular	Anciana con problemas de movilidad	Severo	No	Un día del fin de semana
E11	720 euros	Interna	Regular	Anciana con un derrame cerebral	Severo	Colabora (hay otra chica colombiana que realiza las tareas del hogar)	Del sábado dos de la tarde al domingo a la misma hora
E12		Externa	Irregular	Anciana con demencia senil	Moderado	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E13	510 euros	Interna	Irregular	Anciana con depresión y problemas de incontinencia	Severo	Sí	Desde viernes noche a domingo noche
E14	520 euros	Interna	Irregular	Matrimonio mayor. El señor con diálisis y la mujer con demencia.	Severo	Sí	
E15	700 euros	Externa	Regular	Anciano con Alzheimer y anciano con demencia senil	Moderado	Sí	
E16	1.000 euros	Externo por horas (cuatro horas diarias)	Regular	Anciano de 83 años con Alzheimer	Severo	No (la realiza una mujer española externa por horas)	

Número entrevista	Salario	Modalidad atención	Situación jurídica	Cuidados personales	Nivel de dependencia	Limpieza del hogar	Días libres
E17	660 euros	Interna	Regular	Anciana de 75 años con autonomía. Únicamente hacele compañía		No (la realiza una mujer española externa por horas)	Del sábado mediodía al domingo noche
E18		Externo por horas	Irregular	Cuida a varios ancianos ingresados en una Residencia de la Tercera Edad	Moderado		
E19	700 euros	Interna	Irregular	Una anciana de 89 años con problemas de movilidad	Severo	Sí	Dos horas libres tres días a la semana. Sábado tarde libres y domingo todo el día
E20	960 euros	Interna	Irregular	Tres ancianos (dos hombres y una mujer). Uno con parálisis corporal y los otros dos con deterioro cognitivo y físico	Uno severo y dos moderados	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E21	700 euros	Interna	Irregular	Una anciana de 92 años con problemas de movilidad	Severo	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E22	700 euros	Interna	Irregular	Una anciana de 84 años con Alzheimer	Severo	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E23	700 euros	Interna	Regular	Dos ancianos de 86 y 80 años. Uno con Alzheimer y Parkinson y otro con un derrame cerebral.	Severo	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E24	-	Sustituciones los fines de semana	Irregular	Dos ancianos de 95 y 89 años	Severo	No	-
E25	800 euros	Externa	Regular	Un anciano de 94 años con Alzheimer	Severo	Sí	Externa a jornada entera. Entra a las 8:30 de la mañana hasta las 14:00 y luego de 16:30 a 20:00. Ese horario es de lunes a jueves.
E26	700 euros	Interna	Irregular	Una anciana de 85 años	Severo. Problemas de movilidad	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E27	700 euros	Interna	Irregular	Un anciano de 87 años	Severo tras la ruptura de la cadera	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E28	500 euros	Interna	Irregular	Anciana con parálisis en el lado izquierdo (81 años)	Severo	No (la realiza una mujer española externa por horas)	El domingo todo el día
E29	540 euros	Interna	Irregular	Anciana con problemas de habla y oído y de movilidad	Moderado	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche
E30	650 euros	Interna	Irregular	Cuidado de tres ancianos que superan los 80 años	Severo	Sí	Del sábado mediodía al domingo noche

6.2.- Nuevos requerimientos de formación

El cuidado de personas mayores requiere de una formación específica dirigida, principalmente, en dos ámbitos. Por una parte, las actividades relacionadas con un **“cuidado físico”** (levantar al mayor, asearlo, inyectarle...) que pueden ser contabilizadas dentro de un concepto profesional del cuidado mediante la presencia de una serie de conocimientos médicos. Por otra, el **“cuidado emocional”** que implica una relación personal con el mayor que necesita de una serie de habilidades emocionales que se traduzcan en ofrecer bienestar y consuelo.

Este ámbito afectivo de cuidados, el más difícil de cuantificar profesionalmente porque se asocia a ciertas capacidades o habilidades personales, es el más demandado en la mercantilización de la asistencia de mayores. Una de las actitudes de las familias empleadoras que más centró mi atención cuando empecé a realizar trabajo de campo es que ninguna de ellas solicitaba que la futura cuidadora fuese una profesional, o por lo menos, que hubiese adquirido algún conocimiento médico y/o sanitario, aunque fuera básico. La respuesta de los empleadores a la pregunta: “¿Qué características valora o valoró de su trabajadora para su contratación?” siempre era la misma: “paciencia” y “cariño”. En un principio, incluso llegué a pensar que las familias que privatizaban el trabajo del cuidado no se preocupaban lo suficiente por sus mayores. No sé si sería mi educación católica o mi socialización como mujer la que condicionaba mi pensamiento en torno a este tema. Pero lo cierto es que no se les notaba intranquilidad por tener a una persona en su casa que quizá no supiese tan siquiera inyectar, reanimar o movilizar al anciano. Después de quince entrevistas en profundidad y de asistir a la rueda de selección de cuidadoras de Cáritas en Pamplona hasta llegué a escandalizarme por esta actitud. Parece que para tener éxito como cuidadoras, los empleadores se fijan en el trato personal que la trabajadora tiene con el anciano más que en su cualificación porque **demandan a personas portadoras de cariño.**

“No, yo no pido que tengan una especialización concreta para cuidar mayores. A mí es que de esta chica me habló una clienta mía. Y con eso ya está. No, porque allí tiene gente, tiene al médico cerca... No le hace falta. No necesito así a nadie con conocimientos de enfermería, porque unos parches de morfina se los pone así cualquiera. Sólo quiero que sea cariñosa y que la trate bien”. (F3, Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

“No pido que sepa nada específico. Igual que aprendí yo a cuidar a mi padre aprenderá ella” (F10, Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

“Yo lo único que quería era que fuera buena persona y cariñosa. Tú imagínate en lo que me basaba yo, ¿no? Que mis padres eran buenísimos y quería que fueran cariñosos con ellos... Mamá que necesitaba mucho cariño, que nosotros éramos muy cariñosos; tú fíjate lo que pedía. Yyy... Después en un principio lo que me pedía papá: “¡una española por favor!” (F12, Mujer empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

No fue hasta que comencé a transcribir las entrevistas y centrar mis lecturas sobre el concepto de “trabajo emocional” cuando realmente estaba en disposición de entender la situación. Las familias no necesitan una enfermera. No quieren una persona especializada en atención geriátrica, o por lo menos, no es esta formación la que se demanda en primer lugar. Quieren una persona que con su compañía y afecto les ofrezca tranquilidad, armonía y les haga sentirse queridos. No solicitan una enfermera profesional puesto que los conocimientos más técnicos “se aprenden con la práctica”. Requieren de alguien que **sustituya el lugar de la mujer** que tendría que ser la cuidadora principal, que sea capaz de desempeñar el rol de la “hija” o de la “esposa”. Se atrae a inmigrantes hacia una actividad, en la que supuestamente no es necesaria más que la experiencia vital y desarrollar el rol aprendido en el país de origen con su familia.

Las mujeres inmigrantes desempeñan en los países de destino aquellas tareas que se espera que sepan hacer por su propia condición femenina sin tener en cuenta sus capacitaciones formales laborales. Esta ausencia en la demanda de conocimientos está relacionada con la vinculación del cuidado al ámbito doméstico. En primer lugar supone que el cuidado sea asimilado como una actividad femenina. En segundo lugar, conlleva que el entrenamiento necesario para su desarrollo se considere como “innato” para las mujeres sin que se reconozcan sus capacitaciones⁴.

“Yo creo que en general el hecho de que sea un trabajo eminentemente femenino ya tiene de por sí como que degrada el trabajo. Porque la sociedad lo ve así, como que el trabajo de la mujer siempre es de inferior calidad. Lo del tema de trabajar con personas pues igual, cualquiera vale. Y luego el tema de que salen muchos contratos a medias jornadas y es como decir: “Bueno, para una mujer que necesita un apoyo en

⁴ “El cuidado es definido como trabajo de mujeres y por eso está devaluado. En suma, los buenos salarios son justificados como una recompensa por la aplicación especializada de conocimientos y cualificaciones. El cuidado está visto como una capacidad natural de las mujeres que no requiere conocimientos especializados o entrenamientos” (Cancian, 2000: 140)

la economía fuerte del marido le viene de maravilla, pero cuando una mujer es independiente y necesita comprarse una casa con eso no haces nada". (P4, Grupo discusión trabajadoras familiares).

Esta consideración se aplica principalmente en las tareas emocionales. El cuidado personal dirigido al mantenimiento físico requiere de unos conocimientos estandarizados que fácilmente pueden traducirse en un salario. **El trabajo afectivo, sin embargo, no se especifica como una forma de "labor especializada", sino que se concreta en componentes de personalidad de la cuidadora.**

Cuando los parientes del anciano observan que éste necesita unos cuidados especializados se le envía a un Centro de Día, a una Residencia de la Tercera Edad o se solicita el Servicio de Ayuda a Domicilio en el ente municipal correspondiente. Estos recursos institucionalizados pueden combinarse con la permanencia en el hogar de una cuidadora "interna" o "por horas". Pero, esta externalización de la asistencia profesional no se pone en las manos de las mujeres inmigrantes, sino que se dirige hacia una vía que ofrezca garantías en la calidad del servicio, en donde la presencia de trabajadoras autóctonas es la mayoritaria. Parella (2003) destacaba en su análisis de empresas que ofrecen servicios de proximidad que aquellas que prestaban cuidados especializados tenían en su plantilla a trabajadoras nativas⁵. Las cuidadoras extranjeras ocupan los puestos de trabajo del cuidado no profesionalizado, llenando las exigencias de una demanda laboral desde los hogares privados insatisfecha por las iniciativas empresariales. Son más flexibles como cuidadoras (pueden quedarse incluso a trabajar algún fin de semana), tienen salarios más baratos y además también efectúan las tareas de mantenimiento del hogar. Como dice Anderson (1999: 125), la profesionalización del trabajo doméstico normalmente finaliza con un proceso de lo que ella denomina como "whitening" que podría traducirse como "autoctonización".

Esta situación también se ha encontrado en el trabajo de campo efectuado en A Coruña y Pamplona. En ambas ciudades, las entrevistas con las directoras de Xuntos40, Cáritas,

⁵ "En términos generales, las empresas que contratan a su plantilla no suelen enfrentarse a clientes que rechacen abiertamente a las trabajadoras por razones de etnia. Aunque no es menos cierto que, en un principio, todos los usuarios acostumbran a solicitar personal autóctono. [...] Algunos gerentes entrevistados manifiestan que no es insólito que los clientes se nieguen rotundamente a que sea una trabajadora extranjera la que realice un servicio, partiendo de la premisa de que va a estar insuficientemente cualificada" (Parella, 2003: 339).

Cruz Roja y Miluce, empresas “sin ánimo de lucro” subcontractadas por el Ayuntamiento para realizar el Servicio de Ayuda a Domicilio, también reconocen la selección mayoritaria de mujeres autóctonas en el interior de su plantilla. Para afianzar más este argumento, mientras estaba redactando estas páginas he llamado a cuatro empresas privadas⁶ que se dedican al cuidado de personas dependientes. Informándome sobre las cualidades de las trabajadoras, en todas ellas, me han asegurado que ninguna de sus empleadas es extranjera recalcando posteriormente que sus servicios eran de “calidad y con garantías”. La extranjería, por tanto, denota descualificación.

En el discurso de las cuidadoras, en principio tampoco aparece la necesidad de una formación específica para cuidar personas dependientes. Las propias empleadas definen cuáles tienen que ser las capacidades que necesita una buena cuidadora. Lo curioso es que hacen referencia una vez más a peculiaridades personales, a adjetivos de personalidad, más que a conocimientos prácticos relacionados con la asistencia. “Paciencia y cariño” son las características más importantes que las cuidadoras reconocen a la hora de asistir a personas mayores. Incluso algunas de las entrevistadas mencionan que aunque nunca habían trabajado en la custodia de ancianos, se consideran portadoras de una cualificación especial, de una sensibilidad innata que las hace proclives a trabajar en esta actividad. Las familias empleadoras demandan unas determinadas características de personalidad con las cuales, por otra parte, se identifican las propias empleadas. De las 30 cuidadoras entrevistadas tan sólo XXX habían oído hablar del Alzheimer antes de llegar a España y prácticamente la mayoría nunca habían trabajado ni asistiendo mayores ni en el servicio doméstico, sin embargo, todas tenían la percepción de lo “bien cuidado” que estaba “su abuelito” (o abuelita).

“Yo tampoco había estado en una casa haciendo lo que me toca hacer ahora. No me es difícil porque yo tuve mi hogar y tuve mis experiencias”. (E11, Cuidadora colombiana, A Coruña, 2003).

“Como yo tenía abuelas y eso, yo veo todo como si fuera una familia. Si nosotros estamos cuidando a unos niños, creemos que son nuestros niños, y si es una persona mayor yo para mí, es como si fuera mi abuela. Entonces ya te haces la ilusión como de que es tu abuela”. (E2, Cuidadora dominicana, A Coruña, 2003).

⁶ Ubicadas en la provincia de A Coruña.

En las asociaciones de inmigrantes se han empezado a programar cursos de auxiliar de geriatría destinados principalmente a las mujeres extranjeras que cuidan ancianos como empleadas de hogar, en los cuales, se ofrecen entrenamientos básicos de asistencia personal⁷. La experiencia de tal actividad formativa ha sido muy positiva y ha sido muy bien evaluada por ambas partes. Se trata de una formación específica para la situación de las trabajadoras extranjeras por lo que tal actividad académica intenta ser lo más corta posible y en horario extralaboral (con clases los fines de semana). Las inmigrantes que han hecho un curso de este tipo declaran su gran utilidad y aplicabilidad en el trabajo diario. Aspectos relacionados con la movilidad de la persona mayor (hacer la cama con el enfermo en su interior) o dirigidos a conocer las posturas corporales adecuadas para efectuar un desplazamiento del anciano son las mejor valoradas.

Sin embargo, esta formación no está dirigida a la parte emocional de los cuidados, sino a los elementos técnicos de la asistencia, que por otra parte, también son necesarios. De todas formas, se trata de una formación incompleta, pues requiere que la cuidadora se sensibilice con la persona a la que atiende y que sea capaz de tratarla con la serenidad necesaria en momentos de conflicto, no solamente entre la trabajadora y el anciano, sino también entre éste y su propia familia. Ésa es la esencia de la cuidadora: una persona capaz cuidar, vigilar, cambiar pañales, asear, movilizar y suministrar medicamentos pero también que pueda habilitar a la persona mayor a recuperar la falta de su autonomía y a trabajar a su lado para mejorar sus relaciones con respecto a su entorno. Ésa es la definición clásica de la “trabajadora familiar” que tiene el Servicio de Ayuda a Domicilio de los ayuntamientos, en donde, los aspectos emocionales y educativos son una parte tan importante como los conocimientos técnicos del cuidado.

Ese lado emocional y afectivo de la asistencia es el más complicado de profesionalizar. Un grupo de discusión con trabajadoras familiares autóctonas que prestan el Servicio de Ayuda a Domicilio en el Ayuntamiento de Pamplona ha sido una herramienta fundamental para esta investigación. En concreto, se entrevistaron a siete mujeres trabajadoras familiares, con amplia experiencia en el ámbito asistencial y con

⁷ Dependiendo de la asociación que imparta los cursos de formación, éstos son más o menos profesionales. Recordemos que, tal y como se ha expuesto en el capítulo 5, aquellas instituciones con bolsas de trabajo profesionales realizan actividades formativas más completas y formales, mientras que las entidades con bolsas de trabajo católicas y solidarias ofrecen cursos menos especializados e informales (no se otorga un título académico).

una formación muy específica en este campo. En ocasiones, estas mujeres han tenido que prestar sus servicios a ancianos que tienen en su hogar a una empleada inmigrante. Consideran fundamental que los cuidadores (bien sea alguien de la familia, o alguien contratado por ella) tengan una formación específica en labores asistenciales y emocionales. Incluso proponen que las asociaciones con bolsa de empleo en el sector doméstico de cuidados ofrezcan cursos específicos destinados a la atención personal que en el caso de las mujeres extranjeras tendría que estar asociado a un salario por recibir esta formación si su situación personal no les permite estar una serie de meses sin trabajar.

“E1: Es que se trata de personas. Ellas abordan muchas veces relaciones muy complejas de personas encamadas, de personas con un deterioro físico y mental x, de x grado y están mucho en el domicilio. Y se encuentran con un marrón de aupa, porque nosotras lo máximo que podemos estar son dos horas en el domicilio pero ellas no, y si eres una persona mínimamente formada con un equilibrio y una madurez determinada es que la calidad del servicio que prestas... es que si no, quien lo paga al final el que lo acaba pagando es el propio ancianito que le han buscado una señora, sabes?

E5: Y ya está empezando a pasar, eh? Hay personas que están día y noche. Y es un palo día y noche aunque tengas un mínimo de formación”. (P4, Grupo discusión trabajadoras familiares).

La ausencia de formación repercute tanto en la persona dependiente como en la propia trabajadora. Las familias demandan atención continuada con los mayores pero no son conscientes de hasta qué punto es necesario ese apoyo para que se promueva la independencia de la persona de edad avanzada y del riesgo que corre la cuidadora de acabar agotada psicológicamente.

Estas profesionales del sector asistencial no consideran peligrosa la competencia entre autóctonas/inmigrantes en el ámbito doméstico, sino que, observan a las cuidadoras domésticas (cualquiera que sea su nacionalidad) como una desprofesionalización del mercado laboral de cuidados que tendría que ser vigilada. La atención a personas siempre ha sido un campo laboral desprestigiado y poco remunerado. En A Coruña, por ejemplo, el Servicio de Ayuda a Domicilio en sus comienzos, allá en los años 80, era desempeñado por mujeres que sufrían problemas personales que repercutían en su inserción laboral (desestructuración familiar, depresiones, alcoholismo...) y las introducían en la asistencia a mayores como si para efectuar este trabajo no se necesitase ninguna otra cualidad más allá de ser mujer.

E5: Yo de lo que me he dado cuenta en dos casos que he estado con trabajadora inmigrante, es que nosotras vamos como apoyo, a ayudar, y estas chicas casi eliminan totalmente... porque todo lo hacen ellas. Entonces, personas que están muy deterioradas pero que igual viven solas y si que necesitan apoyo continuo y como a ellas les paga la familia, entonces llega un momento en que el abuelo ya no hace nada. Dicen: "Para eso está, que lo haga". Y entonces ellas lo que pasa es que hacen que sean totalmente dependientes. Crean a personas cada vez más dependientes... Pero eso no lo ve la administración. Y eso también repercute en la propia salud mental de la trabajadora. Yo es que además lo que veo es que la fórmula que hay es que una inmigrante va a tu casa y vive en tu casa y nadie regula que esa inmigrante no tiene por qué trabajar las 24 horas del día, ni estar, si no que puede tener unas horas libres a la tarde o lo que sea. Entonces, yo empiezo a ver que se crea una historia un poco rara entre las familias y las inmigrantes porque ya casi les molesta que estés sentada. O sea, me entiendes? Poco a poco al final se les va exigiendo que las 24 horas estén haciendo algo. Y eso tendría que estar regulado de alguna manera.

E2: Lo que hay que hacer es formar un poco en lo que significa trabajar con personas. Porque al final la familia no le da importancia, o no lo ve, o no lo conoce, dicen: "Da igual, es igual, porque total para hacer la limpieza..."

E4: Para limpiar un poco y barrer y hacer las cosas de casa cualquiera vale.

E1: Es una cosa que nosotros siempre hemos visto y que siempre denunciemos: que el trabajo con personas y el trato con personas es muy difícil y merece un respeto y una formación y un de todo. Y eso no se valora por parte de nadie o de casi nadie y nosotras tenemos que hacerlo valer porque es muy complicado. Es una dependencia emocional muy fuerte y unas situaciones muy complejas que le hacen estar a la persona mayor sumida en una situación determinada generalmente difícil y tú estás todos los días ahí presente en eso y muchas veces te llevas muchas cosas y... es muy importante esto.

E3: Claro, es que cuando se trabaja con personas... Mira, yo a veces, hay gente que nos ve por la calle paseando con las personas mayores y nos dicen: "¿Esto? ¿Esto es trabajo?", cuando no se dan cuenta de lo difícil que es escuchar, claro.

E6: Es difícil, eh? Yo no sabía que era tan difícil hasta que me ha tocado.

E3: Y saber respetarlos a ellos también y saber guardar el secreto profesional. Pues porque vas todos los días a su casa y al final te cuentan cosas que una puede ir contándolo por ahí y eso no...

E6: Cosas que ni a la familia le cuentan. Y son esos detallitos que sí se necesitan para trabajar.

E3: Es que estás trabajando con tus sentimientos y con los sentimientos del que tienes al lado. Y la atención es muy diversa porque lo mismo tienes a personas mayores como a personas jóvenes incapacitadas, que tienes a personas en familias desestructuradas y la cosa...

E1: Nosotras este aspecto siempre lo intentamos meter en los cursos, no? Es decir que haya un aspecto que ya no sólo sea cuestiones sanitarias o aspectos del envejecimiento cosas así teóricas, no, no, habilidades prácticas. Qué significa cuando una persona me dice o yo le tengo que decir "no" a una persona, ese tipo de cosas que no son cuantificables, por lo tanto, no se ven pero que están ahí mediatizando el trabajo mogollón. Y esto es muy importante, nosotras siempre lo decimos. Allá donde vamos...

E6: Es una desventaja tremenda contando con que estamos en "su" casa.

E3: En su medio.

E6: En su medio, hay que respetar todo. Respetando todo, tener que meter de alguna manera, primero las tareas que ya se han definido y las necesidades que a posteriori tú veas y siempre respetando todo, porque te puede decir “no” y ese “no”, no tiene que ser un no...” (P4, Grupo discusión trabajadoras familiares).

El desempeño del lado afectivo puede resultar complicado para la cuidadora contratada aunque la familia empleadora suponga que el “cariño” surge como un sentimiento natural, inherente al colectivo femenino. El contacto íntimo con el anciano no está exento de pudor por ambas partes (tanto por el receptor de cuidados como por el cuidador). Las relaciones familiares pueden diluir parte de ese aspecto, pero cuando la atención es prestada por una persona ajena al hogar, la “intimidad” es un elemento difícil de manejar. La cuidadora tiene que realizar las tareas más personales de todo ser humano: desnudarse, vestirse, bañarse... Situaciones que normalmente acostumbramos a realizar en soledad y por nosotros mismos. El papel de la cuidadora es esencial en este aspecto pues tiene que ser capaz de valorar al anciano como persona, no puede dejarse abatir al limpiarlo o dejar notar que no le gusta ayudarle a realizar sus necesidades.

“Entonces, tú le vas a quitar el pantalón y a él le da rabia. Y él es consciente de que la persona que le está quitando la ropa no es de la familia de él, no es nada con él y te aleja y te habla una cantidad de cosas que no le entiendes. Ya después tu empiezas a hablarle, yo le digo: “Venga, Don Rodolfo, venga, yo ya le conozco, no le de corte conmigo, venga que yo lo que le voy a hacer no es nada malo”. Lo siento, lo lavo, le cambio el pañal, y yo le digo: “Venga, sosténgame el pañal mientras yo se lo arreglo”. Sostiene el pañal. Es muy duro todo esto”. (E1, Cuidadora colombiana, A Coruña, 2003)

“Yo, por ejemplo, con ese señor que trabajo, yo le aseo a él. Le aseo los genitales, le esto, igual cuando hace la tripita lo aseo. Pero lo hago con el mayor gusto. No sé me viene a mí ni un poquitín de escrúpulo, de pudor” (E16, Cuidador ecuatoriano, Pamplona, 2004).

El anciano tiene que superar esa barrera de adaptación a dos circunstancias: una, que es una persona dependiente y que no puede realizar sus tareas básicas y dos, que el apoyo que recibe es de una persona desconocida, a la cual también tiene que aceptar.

“Y claro, ahora se ve que no puede ni bañarse la tienes que ayudar a todo. Y le da un poco de vergüenza. Está muy mal. Ella se levanta y por ahora aún no la baña, porque no quiere que la meta en el baño y entonces se lava ella todos los días en el bidé y luego en la pileta. Y luego si hay que lavarle los pies, ya se lo hace la chica” (F11, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

La madre de Natividad, una de nuestras entrevistadas, pasó por los cuidados de cuatro personas diferentes. No le costaba adaptarse a una mujer inmigrante, pero según las declaraciones de su hija, sufría cada vez que una nueva cuidadora la veía en “paños menores”. Se trata de un sentimiento de “vergüenza” también consecuencia de que se valora más lo joven.

“Le violentaba cambiar de persona, decía: “Me va a ver desnuda todo Pamplona, al final”. (F8, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

Ese contacto de las cuidadoras con los aspectos más íntimos de las personas atendidas ha dado lugar al uso del concepto “continuo afectivo sexual” acuñado por Laura Agustín (2003). Con este término, la autora, pretende dejar constancia de la diversidad y pluralidad de empleos que llevan implícito trabajo sexual por las implicaciones afectivas con las que están relacionados. El servicio doméstico, sobre todo, el de régimen interna, sería una de las ocupaciones con mayores niveles de ambigüedad en este ámbito. El trabajo de cuidados con personas mayores también acarrea cierto trabajo sexual⁸ traducido en “fingir” emociones: sonreír sin sentir ganas, escuchar aburridas historias o dar caricias sin sentir afecto, serían algunos de los ejemplos que pone la autora para explicar el trabajo sexual del cuidado. La valoración de estos servicios responde a percepciones personales, al igual, que existen percepciones subjetivas sobre el placer. De ahí, que sea probable que una cuidadora esté otorgando placer sexual al receptor de la asistencia cuando le hace un masaje, una caricia o cuando lo asea.

Esta percepción del placer sexual durante el trabajo de cuidados es percibido conscientemente tanto por la cuidadora como por la familia empleadora. La adecuación más complicada de la relación de asistencia es identificada cuando se trata cuidar a un varón. La intimidad asociada a la sexualidad es una situación fácilmente identificable. Rosa (E25) vino desde Bolivia para cuidar a un señor mayor encamado. El cansancio con respecto a su enfermedad (tiene un Parkinson avanzado) y los diferentes

⁸ “Las domésticas internas comparten situaciones íntimas con familias que no son las suyas: cuidan niños, ancianos y enfermos; les falta intimidad. Están en casa por la mañana, cuando la familia se levanta, y por la noche cuando se acuesta. Unas tienen relaciones sexuales con alguien de la familia, bajo coerción o por soledad, amor, deseo o para obtener ventajas, beneficios o un dinerito extra. También hay domésticas que hacen un trabajo sexual en otro lugar, como segunda fuente de ingresos. Por supuesto son muchas las domésticas que no tienen nada que ver con estas posibilidades. Es mejor no pensar que hay una línea divisoria entre el servicio doméstico y el servicio sexual. Aquí existen muchas ambigüedades”. (Agustín, 2000)

medicamentos le generan muy mal carácter. Trata a su empleada desde una relación servil, y aunque en la casa convive también con su mujer anciana, en varias ocasiones le ha “pegado cachetes en el culo” y directamente le ha pedido que le diese un beso en la boca y que se acostase con él. Rosa intentó disuadirlo con sus palabras y a pesar de su carácter fuerte y seguro ha pasado momentos muy delicados desde que denunció las agresiones sexuales a su esposa. Ésta únicamente le dice que no se marche, que aguante un poco más, que su marido siempre fue una persona complicada y que, por favor, “no la deje sola”.

Cuando el padre de Esther (F7) se quedó viudo se sumió en una profunda soledad y tristeza. Tenía 87 años y sentía la necesidad de estar acompañado las 24 horas del día. Su buena posición económica le permitió contratar a una cuidadora inmigrante en régimen de interna, la primera de ellas fue Marisol, una mujer ecuatoriana. Era el año 1999 y la figura de la asistente extranjera todavía no se había configurado como una realidad en los parques de Pamplona, su lugar de residencia. A pesar de su avanzada edad, el padre de Esther tenía una cierta vida social. Todas las tardes se las pasaba con sus colegas en el Club de Jubilados. La primera vez que sus amigos lo vieron acompañado de Marisol, se sorprendieron de que fuese del brazo de una chica joven, alta, rubia y sin ningún rasgo indígena que la identificase como foránea. “Ay, que chica más guapa, que bien acompañado vienes” fueron las principales palabras de sus compañeros de ocio. Esther relata que su padre se sentía orgulloso de pasear con Marisol. Su compañía otorgaba un cierto status a su condición de anciano. El vínculo que llegó a formar con la cuidadora no se detuvo ni siquiera cuando ésta consiguió su documentación y dejó la casa para trabajar como externa en otros hogares. Incluso años después seguían manteniendo una relación de amistad y contacto con visitas esporádicas que Marisol efectuaba a su antiguo patrón. “Sólo quería que le cortase ella las uñas, no dejaba a nadie más” (F7, Empleadora cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

El vínculo de la cuidadora con el anciano da lugar a una situación de “cariño” ficticio, en el sentido de que, en un principio es creado a partir de una relación salarial. Es formado bajo los principios del mercado. Sin embargo, con el paso del tiempo, el trabajo de cuidados supone la realización de ciertas actividades consideradas como “íntimas” acarreando una fuerte interrelación entre la cuidadora y el mayor que puede

llegar a mantenerse una vez concluido el vínculo laboral. Las visitas a los “abuelos” que se han cuidado es un referente continuo en las entrevistas realizadas. No obstante, estos lazos de afectividad creados por el trabajo emocional del cuidado pueden ser también un elemento de control por ambas partes que será analizado en el apartado 6.4.

6.3.- Exportación del dominio de los sentimientos a los extraños.

La demanda de “trabajo emocional” por parte de las familias empleadoras tiene un importante significado subyacente. Las familias no quieren enfermeras para sus seres queridos. No demandan a una cuidadora profesional capacitada con una serie de conocimientos médicos para efectuar la asistencia. Las familias, y principalmente la persona sobre la que recae la tarea de la contratación, desean a alguien que sea capaz de cuidar a su abuelo, padre o madre tal y como ellas mismas lo harían. De ahí la importancia del cariño, del amor y de la paciencia como principales características a resaltar.

Ello supone que exista una fuerte relación de afecto entre la cuidadora y el receptor de cuidados. Aunque el componente emocional siempre ha existido en el servicio doméstico, en el cuidado de personas mayores el sentimiento de cariño es más profundo. En el servicio doméstico dedicado únicamente a la limpieza y mantenimiento al no existir una vinculación personal con alguno de los miembros del hogar, la parte emocional no está dirigida a una persona concreta. El lado emocional en ese caso pasaría por la siempre “sonrisa” en el rostro, la continua amabilidad con los patronos o la aceptación de la posible relación de dominación existente con ellos. En el cuidado a niños el aspecto emocional externalizado también es diferente. En este caso, la parte emocional del cuidado supone vínculos de afecto con los infantes pero existe un respaldo de sus padres con quienes se comparte el cuidado a diario. La madre es la garante del “cariño” y “amor” siendo la empleada un apoyo, un soporte que no consentirían que reemplazase al verdadero “amor de madre”. Cuando se demanda una cuidadora de niños el lado emocional del cuidado es guardado con celosía por parte de la patrona. La figura de “madre” y “esposa” es insustituible. La trabajadora, en estos casos, es únicamente un sostén de la familia, se la busca para la realización de las tareas físicas de limpieza y para el cuidado de los infantes únicamente cuando ella no puede responsabilizarse de su custodia y siempre como un complemento a la educación

materna (y paterna)⁹. Sin embargo, **en el caso de la cuidadora de ancianos, se busca exportar el lado afectivo**. No se quiere mercantilizar el rol emocional de “madre” y “esposa”, pero sí el de “hija”. “Ser una buena madre” es un aspecto con el que todavía las mujeres sienten reflejada su feminidad¹⁰. “Ser una buena hija” y cuidar de los padres es una dura tarea, no elegida, y gustosamente delegan en manos de una cuidadora la atención que requieren. El niño se considera una inversión, el mayor, una obligación.

La demanda de trabajo emocional está relacionada con la necesidad de afecto que precisan las personas dependientes y con la imposibilidad de los hijos de otorgar ese cariño, principalmente por una ausencia de tiempo material. Otros factores que perjudican la dedicación afectiva de los vástagos están asociados a la distante relación que pueden llegar a mantener padres e hijos, o el temor a dañar un matrimonio por la inversión física y psíquica que requiere el cuidado de una persona mayor. Además, contratar a una cuidadora dirime las discusiones familiares de quién es el que debe cuidar, evita modificar el estilo de vida que se ha llevado hasta el momento y amortigua los efectos de culpabilidad cuando no se realiza el cuidado.

⁹ “En ocasiones, este contacto estrecho en el ámbito del espacio social privado del hogar, hace que surjan celos, por parte de las empleadoras, que ven en la chica una competidora que puede llegar a suplantar su rol como madre y esposa. Temen que la empleada doméstica conquiste al marido y que se apropie del cariño de sus hijos. Algunos empleadores contratan trabajadoras domésticas como una estrategia de sustitución de una mujer por otra en las labores reproductivas del hogar, tradicionalmente realizadas por la mujer y desvalorizadas socialmente. Algunas patronas no desean que esta sustitución de tareas conlleve asociada la parte afectiva del rol de madre y esposa. Así, ven su terreno emocional invadido cuando la chica se hace con el cariño de sus hijos y entabla amistad con el marido o compañero. A la doméstica se le reserva la realización de las tareas tradicionales del ama de casa más sucias o despreciadas; si bien, la empleadora debe guardar el dominio de las labores que producen satisfacción personal, cuidar con esmero la propiedad del cariño y afecto de los miembros del hogar” (Oso, 2001:107).

¹⁰ Este ideal femenino que comienza a surgir a partir del siglo XVIII y XIX sigue vigente en la actualidad. Ya en aquel entonces solo se ejemplificaba entre las mujeres de clase media (Davidoff y Hall, 1987). Pues eran las únicas que podían relegar a las mujeres de clase trabajadora las tareas domésticas y de cuidado (Fox, 1993) más arduas. La contradicción entre el ideal de esposa generado y la práctica de la contratación de una empleada de hogar se compensa acentuando el papel moral y de afecto de la esposa en el seno familiar. Las empleadoras no permiten que cualquier “chica” extraña al hogar sea capaz de mantener esos lazos de afectividad que deben corresponder a los progenitores. En España, este ideal de feminidad se reforzó durante el régimen franquista. “La sección femenina” fue la encargada de enfatizar el papel de la mujer en el hogar y de entrenarla para desempeñar su “natural” ocupación. El resto de dictaduras europeas (la italiana y la alemana) que se desarrollaron a lo largo de la primera mitad del siglo XX también intentaron relegar a la mujer en el interior del hogar. De ahí que los estados de bienestar surgidos durante esa etapa estuviesen creados a partir de un esquema familiar tradicional en donde la protección de la mujer dependiese de la vida laboral de su marido. En Alemania, por ejemplo, se subrayó la importancia de las tres “k”: kinder (niños), küche (cocina), kirche (iglesia) (sobre este tema ver: Bock, 2002). Las mujeres inmigrantes insertas en el servicio doméstico son herederas de esta tradición que hoy en día Bridget Anderson resume en las tres “c”: caring (cuidar), cooking (cocinar), cleaning (limpiar) (Anderson, 1997).

Las depresiones y las cargas psicológicas que suponen el cuidado sobre los hijos no solamente están representadas por la intensidad de las tareas asistenciales, sino que también juega un papel importante el “factor sorpresa” de la enfermedad, elemento que incide sobre los cambios en el ritmo de vida de los hijos. “Cuidar” a un anciano no es un elemento añadido a una situación elegida de manera voluntaria. Las modificaciones del tipo de convivencia en la familia están marcadas por dos componentes: el matrimonio y el nacimiento de los hijos. Ambos sucesos modifican los ritmos de vida y las pautas de cohabitación. Pero, normalmente, esas dos situaciones son elegidas o por lo menos consentidas de manera voluntaria, de tal forma, que son planificadas en el ritmo de vida de cada persona. Sin embargo, “cuidar” a un anciano es una situación sobrevenida por un deterioro físico. Con lo cual, puede suceder, que las circunstancias de vida de la familia no sean las más adecuadas o deseables como para ejercer los cuidados en el momento en que el mayor así lo necesita.

A continuación se recogen los casos de tres familias que han contratado una cuidadora inmigrante en régimen de interna. Las causas por las que han decidido mercantilizar el trabajo de cuidado difieren en cada uno de los casos, pero todos ellos tienen en común que la contratación se llevó a cabo para afrontar los cambios que se producen en la familia cuando aparece una situación de dependencia y para sustituir el trabajo afectivo que tendría que ser realizado por los hijos:

1) Las relaciones del Sr. Valencia (F6) con sus hijas comenzaron una nueva etapa cuando murió su esposa. Él nunca se había ocupado del hogar y aunque mantenía una relación de afecto con sus descendientes, éstas se emanciparon jóvenes, por lo que no sabían como iba a ser la convivencia de su padre cuando a los 80 años se agravó su estado de dependencia. Faltaba la persona que había mantenido unida a la familia. La madre siempre había sido la referencia inmediata ante los problemas cotidianos y era el lazo de mantenimiento del afecto. Las celebraciones, las navidades, las comidas de todos los miembros los domingos, formaban parte de ese nexo que había mantenido su esposa. En el momento en que ésta fallece ese vínculo de amor que había hecho posible la unión de toda la familia se debilita. Las hijas del Sr. Valencia se dieron cuenta de que su octogenario padre era un perfecto desconocido para ellas. No recordaban haber mantenido una conversación con él sobre sus vidas. La depresión en que se sumió con la viudez de su esposa agravó su nivel de incapacidad. Ahora necesitaba a alguien que

lo cuidase diariamente, una persona que lo ayudase a mantenerse activo. La primera decisión que tomaron fue la de mantenerlo en su hogar repartiéndose entre ambas la carga del cuidado contratando a una empleada extranjera externa que les sirviese de apoyo cuando ellas no estuvieran. A Maika, una de las hijas y dependiente de una joyería, el cuidado le sumaba unas cuatro horas diarias de trabajo a su jornada laboral. El mayor sufrimiento no era asumir la dependencia de su padre y cuidarlo, sino tener que hacerlo en la casa de sus padres. La muerte de su madre le había generado una profunda depresión. Cuidar a su padre en el lugar que siempre había visto a su madre despertaba en ella un nivel elevado de ansiedad.

“Acabé muy mal emocionalmente. Porque yo estaba muy angustiada, no podía sentirme mejor, no podía hacerlo. A mí no me importaba no tener un día de descanso, yo lo que quería era no estar sola en la casa de mis padres. No quería estar sola en esa situación porque no podía. Se me caía la casa encima [...] Y luego esa sensación de agobio. Y eso es que me podía. Más que la enfermedad... Por ejemplo, mi padre ha sido siempre un mandón toda la vida y es muy repugnante” (F6, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

La elevada carga de cuidados derivó finalmente en la contratación de una cuidadora en régimen de interna. En la entrevista realizada a Maika, ésta reconocía, que la enfermedad de su padre había perjudicado su vida conyugal y que gracias a la cuidadora la carga emocional se había disipado. Aunque su marido se mostraba tremendamente comprensivo con la situación y aunque sus hijos cuidasen de su abuelo con esmero, el cambio había sido fundamental, puesto que tanto ella como su marido dejaron de ser agentes de decisión sobre sus propias vidas y los tiempos del matrimonio pasaron a estar marcados por el estado de salud del Sr. Valencia. La contratación de una cuidadora interna devolvió parte del poder sobre su vida y la de su marido.

2) La señora Ramos (F4) vivía sola en el pueblo donde había nacido. Estaba viuda y a pesar de haber tenido seis hijos, todos ellos habían hecho su vida en la ciudad, todos estaban casados, con sus respectivas familias y con sus propios descendientes. A sus 74 años “le vino una trombo” que le provocó una inmovilidad de tres cuartas partes de su cuerpo junto con la pérdida del habla. Estaba sola en su casa cuando esto ocurrió. Una de sus hijas que solía ir a visitarla se la encontró en el suelo en estado crítico. En ese momento, ninguno de los vástagos sabía como podrían hacer para cuidar a su madre pues ninguno de ellos estaba dispuesto a volver a vivir en el pueblo. Se les ocurrió por

medio de comentarios con amigos que había la posibilidad de contratar a una persona que cuidase de la Sra. Ramos durante todo el día, de lunes a viernes, dejando los fines de semana libres. Mientras su madre estaba hospitalizada tomaron todos los hijos, de forma conjunta, la decisión de buscar a esa “chica” cuidadora. Todos estaban de acuerdo en que tendría que ser una búsqueda inmediata. A la semana encontraron a la persona que consideraron adecuada. Se trataba de una mujer ecuatoriana, Juani, que se fue a vivir al pueblo, a la casa familiar, una vez que la Sra. Ramos fue dada de alta. El salario era de 700 euros, el mismo dinero, que la anciana cobraba como pensión.

Durante quince días varias de las hijas vivieron con Juani para enseñarle las tareas a realizar y los ejercicios de movilidad que habían sido recomendados por el médico. Le explicaron a su madre la situación de enfermedad en la que se encontraba y le enseñaron a Juani, la persona que iba a ser su apoyo diario. La Sra. Ramos, ya que no podía hablar, les escribió en un papel: “a mí no me importa que me venga a cuidar una persona de éstas”. El miedo de los hijos de la Señora Ramos era no encontrar a una “chica” que se adaptase a las circunstancias de trabajo, al encierro, al vivir en el pueblo y a cuidar a una persona 24 horas al día que no puede hablar ni darle conversación y todo ello con un coste al que pudiese adaptarse la familia. Es decir, el temor de que alguno de ellos tuviese que regresar al pueblo y vivir con su madre.

3) La Sra. Mercedes tuvo una trombosis cerebral a los 70 años que la sumió en un estado de incapacidad absoluta. Natividad (F8), hija única, tuvo que hacerse cargo del cuidado de su madre. En principio pensó en ingresarla en una residencia geriátrica pero finalmente no fue capaz porque se sentía culpable si no la tenía cerca de ella. La otra opción era que su madre viviese con ella y con su marido. La adaptación fue dura pero tras la contratación de una cuidadora interna ambos pudieron seguir con normalidad su vida conyugal y profesional. Natividad es médica y tiene unos horarios laborales complicados que con dificultad se acoplaban a los requerimientos del cuidado.

“Entonces, visitamos dos o tres residencias y la verdad es que era un tema que yo desconocía el de las residencias de ancianos, fuimos con mi marido a mirar y se nos cayó el alma a los pies. No porque no fueran bonitas alguna, pero lo que le da el toque, es la calidad de los ocupantes, claro. El mismo edificio bonito y todo, con niños pequeños, por ejemplo, y no con ancianos, que estaban en otro mundo, mirando al que entraba y al que salía y sin hablar entre ellos. No tuvimos narices para decir bueno, “aunque nos suponga una carga grande en todos los aspectos yo no

tengo cara para abandonarla aquí”. Lo mismo que dije yo lo dijo mi marido” (F8, Empleadora cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

En definitiva, estos tres casos buscaron una sustitución afectiva mediante la contratación de una cuidadora inmigrante siendo el papel de esta empleada diferente en cada uno de ellos: con el Sr. Valencia la cuidadora mejoró las relaciones entre el padre y las hijas; en la familia de la Sra. Ramos, la cuidadora evitó la discusión entre los hijos de que uno de ellos se fuese al pueblo a vivir con su madre; la cuidadora de la Sra. Mercedes permitió el desarrollo profesional de Natividad y que madre e hija viviesen juntas.

6.4.- Empleadas más explotadas... pero más poderosas

La familia siempre ha sido un ámbito de reproducción de desigualdades. La diferenciación de actividades según el sexo de los miembros ha conllevado a distinciones de poder en la toma de decisiones. Las diferencias de edad entre sus componentes también ha sido una fuente de la que emanan jerarquías. El servicio doméstico, al desarrollarse en el ámbito privado del hogar, se acopia de la desigualdad existente en este dominio privado. La mercantilización de ciertas tareas inherentes al mantenimiento de la casa y a la reproducción de sus miembros ha sumado la desigualdad de clase a la de género y edad. Así mismo, si en la actualidad, las personas sobre las que recae la externalización de las labores domésticas son inmigrantes, entonces habrá que sumar la dimensión de etnia a los anteriores agentes de discriminación (género y edad). De ahí que los ejercicios de explotación y dominación que tienen lugar en el seno de este mercado laboral cobren múltiples formas y se entremezclen con las diferentes relaciones que operan en el seno de la intimidad.

La dominación de los empleadores en el servicio doméstico ha tenido y tiene una legitimidad legal traducida en unas condiciones laborales serviles conocidas como el Régimen Especial de Empleados de Hogar (cuyas características han sido explicadas en el capítulo quinto de esta misma investigación). Este estatuto específico para las trabajadoras domésticas ha derivado en la regulación privada de los requisitos contractuales de la relación empleador/empleada. El poder de negociación de la

trabajadora fundamentará las bases y la cantidad de dominación que puede ejercer el “patrón/a”. La situación de vulnerabilidad de las obreras sobre las que históricamente ha recaído esta actividad (mujeres rurales antes y mujeres inmigrantes ahora) ha minimizado el grado en el que se han podido satisfacer sus reivindicaciones. Como ejemplo está la supervivencia de una regulación laboral servil que aún en la actualidad no se ha conseguido abolir para igualar la ocupación de “doméstica”, por lo menos, al nivel de las condiciones del resto de los trabajadores. El hecho de que el ámbito de trabajo sea la “casa” ya reproduce situaciones de explotación laboral asimiladas a la “servidumbre” (Anderson, 2000, 1997a).

Es posible que las tareas de cuidado y, en especial, las referentes a la asistencia a mayores, estén cambiando las pautas de explotación inherentes al servicio doméstico y empiecen a otorgar un mayor poder a la cuidadora. La diversidad de circunstancias por las que atraviesa cada unidad familiar no permite identificar un patrón único, pero sí permite analizar, una serie de modificaciones en las relaciones de dependencia, elemento clásico de dominación ejercido en el sector doméstico. El cuidado de mayores en el domicilio implica **dos vínculos sociales**. Uno, sería el existente entre la **familia y la empleada**. El otro, se configura en el nexo generado entre el **anciano y la cuidadora**. El resultado es que la trabajadora se encuentra imbricada en una diada situada entre el dependiente y sus familiares, quienes normalmente, son los actores de los que parte la iniciativa de la contratación y, por lo tanto, los que definen la situación de trabajo. Esta circunstancia aumenta la dominación al tener que enfrentarse la trabajadora con dos relaciones. No obstante, el interés de los parientes por **el éxito de la conexión entre el anciano y la cuidadora hacen que la familia sea un elemento conciliador en caso de conflicto**, sobre todo, si la cuidadora vive sola con el anciano y es ella la gestora del hogar. Además, la estructura de dominación se diluye cuando el salario de la cuidadora se paga entre varios miembros de la familia (normalmente los hijos) ya que las jerarquías se difuminan y estos casos suelen darse entre capas sociales obreras, que nunca han tenido servicio doméstico, y por lo tanto, no reproducen situaciones de dominación de clase. Las páginas siguientes describen como se entremezclan los elementos de dominación con los de empoderamiento de la trabajadora.

En la consecución de una buena relación entre el anciano y la empleada tiene un papel fundamental la **actitud de los hijos**, que generalmente se constituyen como los empleadores. De ellos depende, en un primer momento, la **aceptación** del mayor de su nueva cuidadora. El miedo al rechazo del dependiente hacia la cuidadora es el punto principal con el que se encuentran los familiares a la hora de realizar la contratación. En primer lugar, la mercantilización del cuidado hacia una persona ajena al hogar puede generar episodios de oposición por parte del receptor de la asistencia. En segundo lugar, la condición de inmigrante de la trabajadora también puede suponer un enfrentamiento. El temor a lo desconocido unido a un color de piel o a una lengua diferente a la propia es una situación que se experimenta en todas las capas de la sociedad civil.

“Se le fue diciendo que una persona de aquí no había que hiciese eso con lo que había que coger a una persona de fuera. Nunca le dio mucha importancia a que fuese extranjera. Entonces claro fue mentalizarlo y decirle que la única forma de hacerlo es una persona de fuera, que va a venir aquí, que va a vivir aquí... Y él también quería una persona interna, que viviese ahí, “va a dormir en el cuarto de al lado por si acaso por la noche me pasa algo, yo golpeo la pared y que se despierte”. Viendo que no había otras personas pues se planteó eso. No le pareció mal pero hubo que mentalizarlo” (F9, Empleadora cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

En principio, por las entrevistas efectuadas a familias empleadoras, no existen evidencias de que los mayores rechacen abiertamente a la cuidadora. Por lo menos no tanto por su condición de inmigrante como por ser la “nueva” persona que los va a atender y que va a **sustituir el papel de los hijos**, a los que consideran como los principales responsables en la provisión de la asistencia. La aceptación de una cuidadora externa al núcleo familiar genera, en algunos casos, depresiones y sensación de abandono entre los mayores. Existe una incertidumbre ante lo desconocido que se disipa en cuánto el mayor advierte las ventajas en la contratación de una cuidadora de inmigrante. Uno de los elementos que favorece la aceptación de la cuidadora inmigrante es que el mayor la observa como una persona sobre la que puede **reproducir una situación de dominación**. La edad ha abocado a los ancianos a tener un papel secundario en la familia, son personas que requieren cuidados, que no pueden mantenerse por sí mismos, que han perdido su autonomía. En algunos casos he observado que la admisión de la empleada pasa por la consideración de que “es un servicio como el de antes”.

“Mi suegra está encantada, encantada, porque dice que era el servicio de antes. Claro. Para ella es: “Señora, ¿qué quiere? ¿qué desea?”, “de qué querés la tila, la

infusión, el té...” Es una chica muy educada que tiene estudios de BUP, equivalentes al BUP. Era gente de clase media, que tiene su casa en Argentina...” (F2, Empleadora cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

La asimilación de cuidadora doméstica con “criada” es portadora de una elevada carga de estereotipos. La creencia de que las personas inmigrantes vienen de países menos desarrollados se asocia con baja cualificación, pobreza y analfabetismo que retroalimenta la dominación. Las cuidadoras son conscientes de la apreciación que de ellas realizan los ancianos a los que cuidan y de la escasa o nula capacidad de agradecimiento que son capaces de desarrollar hacia ellas. Saben que son un recurso imprescindible para el mantenimiento de sus vidas, de ahí, que sus opiniones les afecten bastante en su estado psicológico. Una de las primeras apreciaciones tanto del anciano como de la sociedad en general, es que las personas que emigran son “pobres” y “analfabetas”, gente con escasos recursos económicos y educativos. Estas consideraciones son peligrosas porque aparte de ser erróneas asocian estas calificaciones hacia otros estereotipos relacionados con el analfabetismo y la incultura que suelen llevar implícitos valores etnocéntricos.

A Esperanza (E17), la anciana a la que cuida la trata como a una “criada”, e incluso tuvo que soportar que “su señora” pretendiese alfabetizarla. Le compró unos cuadernos “Rubio” (típicos de la escolarización infantil y primaria) para enseñarla a leer y escribir. Cuando la anciana observó que su empleada ya había obtenido estas capacitaciones decidió instruirla en labores tradicionalmente femeninas, como coser. Finalmente, la patrona desistió de ejercer como maestra y aceptó las cualidades que tenía su trabajadora. Comprendió que sus costumbres no eran tan malas y que incluso le beneficiaban ciertos conocimientos que ella poseía como los de peluquería.

“Ella suponía que no sabía nada y me compraba un cuaderno para enseñarme a escribir (risas), que luego me quería enseñar a leer. Y luego como ella compraba la prensa pues yo cogía la prensa para leer y todo y me decía: “Tú sabes mucho”. Un día ella me compró hilos para hacer punto, como ya sabía en mi país... Es que yo empecé el calzado desde lo más... desde empezar el calzado, hasta confeccionarlo, terminarlo y vender el producto. Entonces yo sabía de todo. Yo hacía punto. Y a mí me ha gustado seguir en mi país los cursos de todo: de belleza, de todo, incluso cuando ella tenía (...) de irse a la peluquería, porque para eso sí que es vaga, entonces yo le ponía los bigudíes, la peinaba y todo, entonces ya se olvidó de eso de que la gente viene acá porque es analfabeta y por eso se olvidó eso y empezó a valorar a las personas. Y eso somos los que más venimos porque los pobres y los analfabetos no tienen el dinero que uno se gasta para venir aquí, porque eso sí que es un costo. Entonces eso es... congenié con la abuela y todo” (E17, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004).

El empeño en el “aprendizaje” de las normas culturales y de ciertos conocimientos básicos ha sido un elemento central en el servicio doméstico de antaño. Durante los siglos XVII y XVIII este sector llegó a tener una función educacional que dejó de desarrollarse con la proliferación de los centros escolares. Sin embargo, en ese momento, el servicio doméstico se erigió como una ocupación para que el colectivo femenino aprendiese las tareas del hogar antes de contraer matrimonio. Incluso también se encontraban en esta circunstancia algunas figuras masculinas dentro del hogar, como es el caso de los “pajes” que acudían a “servir” a las familias aristócratas con el fin de aprender buenas costumbres e introducirse en una determinada red de relaciones personales¹¹. La situación de las empleadas domésticas actuales presenta unos puntos de enorme divergencia. Las migrantes empleadas de hogar no carecen de estudios sino que incluso pueden llegar a ser superiores a los adquiridos por sus propios patrones. El caso de Esperanza (E17) y la actitud de su empleadora son un modelo que demuestran la existencia de esta pauta de conducta incluso hoy en día.

A partir del análisis del trabajo de campo se han encontrado otros tres mecanismos de control ejercidos por el anciano hacia la cuidadora y que pueden resumirse en aspectos relacionados con las posesiones, la gestión del dinero y el tiempo de ocio:

1) Los **bienes materiales** son para los mayores una fuente de seguridad. Despojados de su vida laboral y de las costumbres que tenían cuando eran personas sanas, los ancianos encuentran protección y cobijo en sus posesiones. Los bienes materiales, además, son el seguro que les garantiza su cuidado por lo que existen ocasiones de desconfianza. Son numerosos los incidentes recogidos causados por las acusaciones de los ancianos hacia las cuidadoras de haber escondido sus pertenencias o sustraídos sus posesiones.

A Laura (E1), colombiana que trabaja cuidando a un matrimonio enfermo (ella tiene cáncer y él Alzheimer) su patrona llegó a acusarla de haber sustraído tres objetos distintos en una misma semana. En primer lugar, no encontraba un libro. Luego, le faltaba su móvil y al cabo de dos días le desaparecieron sus pendientes. Finalmente, tras cada uno de estos episodios de desconfianza aparecieron cada uno de estos artículos. Sin

¹¹ Así observado, el servicio doméstico es un canal de transmisión de conocimientos y de los valores culturales europeos (Sarti, 2005a).

embargo, Laura lloró varios días esa semana. La acusación de su señora le provocó un estado de sensibilidad incontenible. Le dolía la falta de confianza, le dolía que no valorase su trabajo a pesar de estar cobrando como interna 410 euros y le dolía también no poder desahogarse con nadie sobre cada uno de estos incidentes. Pensó en contárselo a la hija, pero luego le pareció contraproducente. Quizá le riñese a la anciana y luego ésta se enfrentaría con la cuidadora.

2) La **gestión del dinero en el hogar** es otro de los elementos de dominación y un factor de conflicto. Prácticamente en todos los casos de familias empleadoras entrevistadas los gastos del hogar son controlados por los familiares, el sueldo de la empleada es pagado por ellos y, además, el dinero necesario para la manutención está organizado entre la familia y la empleada. Cuando el anciano es un hombre la familia se justifica la gestión del dinero porque él no sabría llevar los gastos de una casa. No tendría perspectiva del dinero que le tendría que dar a la cuidadora para efectuar la compra y aquello que necesitase para la supervivencia diaria. Si se trata de una mujer anciana quitarle la función de gestora del hogar puede llegar a ser más duro, sobre todo, si siempre fue ama de casa y no estuvo nunca incorporada al mercado laboral. En este caso, la anciana se enfrenta a la cuidadora porque “no sabe hacer la compra”, “no sabe ahorrar”, “no sabe arreglar como yo”. Se trata de una lucha entre amas de casa, entre dirigentes del hogar. Mediante estos argumentos la anciana encuentra una valoración a las actividades que antaño tenía encomendadas.

La familia legitima su función de gestora del presupuesto en que si no, “mi madre le daría dos duros para comer”. Las estrategias de ahorro y consumo de nuestra generación de mayores difieren de las adoptadas por sus vástagos. El ahorro ha sido una de las fuentes que les ha permitido salvaguardar sus posesiones y en algunos casos parece que los ancianos temen no tener dinero suficiente para pagar el costo de sus cuidados. Intentan conservar su economía mediante la austeridad que puede llegar a imponer a sus empleadas. El tema de la manutención, por ejemplo, ha generado algún que otro apuro. Las familias empleadoras dicen que tienen que darles ellas mismas el dinero a las “chicas” para realizar las compras diarias. A Maika (F6) su padre le recriminó que la cantidad de comida de ingería su cuidadora, “¡Mira cuánto come. Se ha comido dos huevos!”. A Esther (F7), su padre también le decía, “Que yo no como nada, yo no como nada, me como cuatro purés y esta chica mira lo come”. La situación de dominación

más clara en este aspecto es cuando el anciano intenta que la “chica” coma la misma comida que él y que no se haga un menú individual aparte. Esta situación es la que se encontró Verónica (E7) pero ella supo negociar muy bien con la anciana el derecho a unos alimentos acordes a su edad.

“Creo que al principio fui muy permisiva y después me di cuenta de que no, de que no podía ser muy permisiva. Porque al principio era: “Tienes que comer esto, porque comes, porque nosotros comemos”. Y yo dije: “Tú tienes 94 años y no tienes dientes. Yo tengo dientes y mastico muy bien a Dios gracias y necesito comer y no tu dieta”. Claro, yo me avengo a la dieta de ellas porque soy una persona que tengo criterio y que son personas mayores y que necesitan comer algo más suave porque ya no tienen dientes, ya no utilizan su dentadura postiza. Les hago una gran variedad de comida. Ellas comían así como una gran cantidad de grasas, de grasas gordas. Eso es malo. Yo poco a poco las fui cambiando, cambiando, dándoles frutas todos los días, poniéndoles un montón de cosas y bueno, hoy comemos esto y mañana lo otro. Pero si tú no comes carne hoy y comemos carne picada, tú puedes masticar carne picada y yo puedo comer carne también. Entonces ella ya se dio cuenta. Al principio era: “En esta casa tienes que comer lo que nosotras comemos”. Yo considero que ahora tenemos una relación muy familiar las tres” (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

3) Una de las formas tradicionales de dominación en el servicio doméstico ya sacada a la luz por diversas investigaciones (Oso, 1998, 2003) es la **invasión de la intimidad de las patronas hacia las mujeres contratadas**. Esta invasión se realiza en dos ámbitos: uno, sobre el espacio y dos, sobre la intimidad personal. En cuanto a la invasión del espacio Oso (2003) recoge como en su trabajo de campo algunas mujeres entrevistadas sospechaban que sus “señoras” entraban en sus habitaciones y registraban sus pertenencias personales. Esta situación que únicamente tiene lugar en la modalidad de interna es agravada cuando además los empleadores se entrometen en su vida personal intentando que no tengan pareja para que continúen atadas a su hogar, vigilando su estética o custodiando el empleo del tiempo de ocio externo a las horas laborales. En el cuidado de ancianos, esta tradicional pauta de dominación y de jerarquía, toma una nueva forma. Para salvaguardar la compañía de su cuidadora el anciano intenta controlar, principalmente, su tiempo libre, su espacio de evasión. El **dominio sobre el tiempo de ocio** es una de las principales líneas de invasión en la intimidad de la cuidadora. Esta invasión de la evasión de las cuidadoras viene dado también por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la empleada. Se invade su tiempo de ocio porque son mujeres solas (sin hijos, familia o marido a los que dedicar su vida) y por eso los patronos se toman estas libertades. Es la apropiación completa de la mujer, en donde ya no se vende sólo su fuerza de trabajo, sino también su tiempo, que pasa a estar en disposición de la empleadora (Stefoni, 2002: 138).

Los fines de semana que es cuando se queda sola porque sus hijos no van. Cuando voy a salir me dice: “¿No vas a venir a comer? ¿Qué quieres de cenar? Te voy a preparar algo” y yo le digo que no, que no puedo, que vengo a los cursos de Cáritas, “A ver si vienes”. Y no quiere que me vaya en el día libre. Pobre, a mí me da reparo y me siento mal cuando la dejo, pero yo también tengo que salir. (E23, Cuidadora boliviana, Pamplona, 2004).

Estas pautas de servilismo y dominación conviven con familias de trato más igualitario. Hogares en los que las jerarquías aparecen más difuminadas y en donde predomina el “tuteo” tanto con los parientes como con el propio anciano. Este comportamiento se ha encontrado entre las clases menos adineradas que siguiendo la estrategia de compartir las cargas salariales pagando el sueldo entre todos los parientes responsables de la asistencia, han accedido a la contratación de cuidadoras inmigrantes.

“Nosotras siempre fuimos unas personas normales, nunca habíamos tenido una persona de servicio, para nada. Ellas vinieron cuando mi madre se empezó a encontrar muy mal y nosotras probamos haber si podíamos pero no fuimos capaces. Pagamos a la chica entre mi hermana y yo y el dinero de la pensión de mi madre. Así nos alcanzaba para todos los gastos” (F11, Empleadora cuidadora inmigrante. Pamplona, 2004)

Esta apertura de la figura de cuidadora hacia capas sociales obreras está generando que las pautas de dominación cambien con respecto a las de antaño y se muestren más disipadas puesto que al ser varios los que pagan el mando no se centraliza en una única persona. Un rasgo bastante frecuente de este tipo de relaciones más equitativas es la consideración de la chica “como una más”. Los argumentos de “la tratamos como una hermana más” y “le dijimos que esta casa es suya”... ejemplifican esta situación de confianza y de familiaridad. Sin embargo, es muy difícil hacer sentir a la cuidadora contratada esa sensación de hogar que tenía en su país y esa consideración no es más que una situación de dominación que intenta crear una dependencia. No obstante, las cuidadoras valoran esa relación menos jerarquizada en donde los nombres propios de las personas a las que cuidan sustituyen a los apelativos de “señora” y/o “señorito”.

“Claro, y los hijos tienen la costumbre de decir: “No, la casa es para las dos”. Puedes estar aquí, puedes estar allá, todo, todo para las dos, pero en cambio no es así. No es así” (E14, Cuidadora ecuatoriana, Pamplona, 2004).

“La señora quiere que la llame por su nombre, Clara, no me deja que la llame “señora” y yo prefiero... es más cómodo” (E26, Cuidadora boliviana, Pamplona, 2004).

Con independencia de la clase social de la familia empleadora, el trabajo de cuidados a diferencia del tradicional servicio doméstico, **convive con una doble relación de empleadores (el anciano y su familia) en la cual es común que existan pautas divergentes de explotación.** En las entrevistas efectuadas tanto a familiares como a cuidadoras extranjeras ha salido a la luz como en el trabajo asistencial realizado por empleadas domésticas las dimensiones de dominación y explotación difieren en la relación que la trabajadora mantiene con el anciano que la conservada con los hijos o familiares. Para éstos últimos las cuidadoras son personas que pueden darles más tiempo libre, más ocio, para seguir realizando su vida. Por eso, las mujeres empleadoras entrevistadas señalaban que la decisión de contratar a una cuidadora surge cuando un agravamiento de la enfermedad hace incompatible el trabajo de asistencia con su inserción en el mercado laboral y con su vida conyugal. Estas mujeres mercantilizan el cuidado para obtener “más tiempo” para ellas mismas, para sus familias y para su vida profesional, de tal forma, que la relación con la cuidadora es más igualitaria y más cercana a la tipología de patrona que el Coletivo IOÉ (2001) identificaba como “asalariada” o que Tobío y Díaz (2007) denominaban “cooperativa” y que es característica de aquellas mujeres que con un trabajo remunerado no pueden ocuparse de las tareas domésticas. Y, en este caso, no pueden hacer frente a la atención del dependiente.

La cuidadora cumple aquí una función de “alivio”, de “respiro” o de “sustitución” (en el caso de las internas) de la mujer sobre la que tendría que recaer la asistencia. Los contratadores utilizan a la cuidadora como un salvoconducto de defensa de su estilo de vida centrado en el trabajo, en la vida familiar propia y en el ocio. Contratar a una persona externa al hogar devuelve parte de ese “poder” sobre sus vidas a los cuidadores familiares. Es una figura que equilibra la situación de partida modificada por la aparición de una enfermedad.

Es tan valioso el poder de control sobre la vida propia, el mantenimiento de los vínculos familiares generados aparte de los progenitores, que las hijas/as, nietos/as, hermanos/as, sobrinos/as, nueras/yernos... observan a la cuidadora como una salvación. Esta sensación es más profunda cuando ellos mismos cuidaban al anciano con anterioridad a la cuidadora doméstica. Cuanto más elevada fuese la carga del cuidado, mayor es el

alivio que genera la contratación. De ahí que se intente que la “chica” esté lo más cómoda posible.

“Pues más del tiempo físico que gastaba en cuidarla era el psíquico. Yo solía ir todas las mañanas a verla. Los fines de semana enteros. Y por las noches también tocaba ir a verla. Pues unas ocho horas al día. Como un trabajo normal y yo trabajaba fuera de casa. Y luego esa sensación de agobio. Y eso es que me podía. Porque yo no estaba acostumbrada a tratar con mi padre, no teníamos confianza de padre, padre. Cuando vivía mi madre la relación era más normal pero después de su muerte me di cuenta de que mi padre es un desconocido y cuando contraté a la chica me encontré mucho mejor. Podía trabajar y salir algo con mi marido”. (F6, Empleadora cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004).

“Y noté un respiro y un alivio al contratar a la chica, grande. Ahora cuando tengo guardia de noche estoy tranquila porque sé que hay una persona que cuida a mi madre” (F8, Empleadora de una cuidadora inmigrante, Pamplona, 2004)

“Yo necesito tener cierta libertad para no tener que estar faltando al trabajo. Es que yo no soy capaz de estar faltando al trabajo, a mí me gusta... Soy maestra y necesito... Yo no puedo dejar a los niños tirados todo el día. Entonces yo quería a una persona seria que, que necesitara el trabajo, y cumpliera trabajando” (F9, Empleadora de una cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003)

Este mayor equilibrio entre patrona y trabajadora también está influenciado por el hecho de que la contratadora haya tenido que efectuar en algún momento las tareas de cuidado. Eso significa que conoce la intensidad de estas actividades contribuyendo a una valoración positiva sobre la empleada y el conocimiento de su situación.

“No es fácil cuidar de mi padre, siempre está hablando de la Guerra Civil y de su pueblo, nunca quiere levantarse, ni bañarse, hay que tener mucha mano izquierda...” (F10, Empleadora cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

“Es un trabajo muy duro... Porque yo, te, te, tengo un razonamiento, desde... Yo tengo un razonamiento que hice para contratar a una persona... Es un trabajo duro. Lo tiene que hacer alguien que necesite el dinero. Pagarle, hombre yo no te digo que le haya pagado, que le pague un mogollón, pero vamos... Le pago que le compensa porque si no, no estaba aquí, eso está claro... Y, y después que lo necesite; que lo necesite porque, sino, no, se aguanta. Lo haces tú porque quieres, porque quieres a la persona y todo eso, pero sabes que... Una persona que necesite trabajar le es muy duro... [...]No, no es... No es cualquier cosa. Una persona buena y tal, pero no tiene... Ahora ya nada... Pero no tenía control mental... Tenía... Rollos que había que controlar, yo fui advirtiéndolo todas esas cosas que yo sabía que podía pasar... Te podía dar un puñetazo, así que tú tenías que estar pendiente. Porque no sé, por ejemplo le vas a sacar la chaqueta y luego cree que se la vas a robar... Te da un brinco... ¿Entiendes? Porque no... Es que es así. Por duro que te parezca pero es así”. (F9, Empleadora cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

Las cuidadoras entrevistadas perciben esta distinción en las pautas que moldean su relación con los hijos y las que definen la mantenida con los ancianos. Observan a los hijos como más cabales con ellas, en donde no se permiten tanta dominación e incluso

sirven como mediadores ante sus padres cuando éstos se “pasan de tono” en el tratamiento hacia la empleada.

“Los hijos son gente con la que puedes hablar, tienen unas ideas más modernas, respetan a la gente. Y claro, para ellos es una comodidad que su madre y su tía estén bien cuidadas. En muchas cosas hacen la vista gorda. Están conscientes que están muy bien, bien cuidadas, que ya no se tienen que preocupar por ellas. Van a la casa y ven que están bien” (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

La familia se convierte en cómplice de la empleadora para **diluir la dominación que puede ejercer el anciano**. Esa complicidad entre la familia y la cuidadora es esencial para llevar a cabo un trabajo emocional de calidad, para conocer el estado concreto de salud en el que se encuentra el pariente y para que la “chica” se sienta contenta en el hogar ya que la **ausencia de la cuidadora supondría una reorganización del trabajo del cuidado sobre la familia**. Cualquier conflicto que surja entre el anciano y la cuidadora supondrá una carga de trabajo adicional para el resto de los miembros que tienen responsabilidad sobre el cuidado, por lo que ellos son los más interesados en que “todo salga bien”. “Desde un primer momento intentamos mantener contenta a la chica”. Ése es el principal objetivo y la prueba unívoca de un cierto poder que tiene la empleada en solicitar prebendas a los empleadores en caso de necesidad: llamar con frecuencia al país de origen, apoyo en caso de reagrupación familiar, búsqueda de empleo para otros miembros de la familia... El sector doméstico de cuidados es muy proclive a que se produzcan situaciones de patronaje. Los empleadores retribuyen menos de lo debido, pero al mismo tiempo acogen y a menudo prestan asistencia y protección de distintas formas a las trabajadoras. Les ayudan a traer a otros familiares, les permiten combinar la modalidad de interna y “hacer unas horas” en otras casas, buscan alojamiento a parientes recién llegados, les compran ropa... (como Maika Valencia que le compró el vestido de novia a su cuidadora)¹². Estas relaciones continuas se caracterizan por tener una peculiar y variada combinación de explotación y protección, de ayuda en caso de necesidad y de sumisión.

“La señora me dice: “Por Dios, Martha, coja este dinero y váyase para Coruña a caminar un rato, no se quede aquí todos los días” [...] Ahora estoy en natación, me lo pagó ella, me compró todo. Estuve el mes pasado en un gimnasio y también me lo pagó ella, y estaba pendiente de si tenía que hacer, que coincidieran los horarios, para que me fuera [...] Porque mi jefa me compra ropa, cuando va a comprar para

¹² Entrevistada con el código F6.

ella [...] Me trata de la familia, como si fuera de ella, y me trata normal, me siento con ella a la mesa, todo, todo [...] Aún me compré una radio hace días, porque a mí me encanta la música, entonces me dice: “Por qué no esperaste, yo te la iba a comprar [...]” (E11, Cuidadora colombiana, A Coruña, Julio 2003)

El trabajo de cuidados de larga duración si prosigue en el tiempo se consolida con fuertes lazos de afectividad. Las reticencias que en un principio podía tener el anciano se van disolviendo cuando las cuidadoras los tratan con cariño y les otorgan un amor incondicional que difícil es traducirlo en una compensación monetaria. Incluso a pesar de las riñas, los malentendidos y los conflictos hogareños, tanto las familias como las empleadas realizan una valoración positiva del entendimiento por ambas partes. Es tal el grado de afecto que se consigue entre estos tres actores (familia, anciano, cuidadora) que se dan contextos de dominación, dependencia y juego emocional por parte de todos los implicados. El cuidado de ancianos implica una combinación de trabajo y relaciones interpersonales que traspasa la relación laboral e invade los momentos de ocio.

“Porque yo cuando me voy me hacen falta igual. Estoy pensando en que hacen, que comerán, si han dejado la llave del gas abierta, las llamo por teléfono... Porque hay ocasiones en que han dejado la llave del gas abierta. Pues siempre estoy pendiente de eso y estoy llamándoles. Y les dejo la comida para los días en que yo no voy a estar. Para que prendan la cocina solo para calentar su comida. Son dos días al mes que están solas. Que les dejo la comida y les compro el pan para que no salgan ninguna de las dos. Y el domingo a la noche ya regreso” (E7, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

“Yo libré el día del sábado y estaba a cada ratito llamando. “¿Cómo está Don Rodolfo?”, “No, mira, él está bien”. No es... ahorita me tapé que él estaba durmiendo y ella estaba acostada también y a mí me da aprehensión dejarlos a ellos dos porque viven solos. Son ellos dos solos. El hijo vive en el octavo piso, y ellos viven en el décimo. Pero cualquier cosa que le pase a ella, de aquí a que llame es una pasada a peor. Yo a veces lo pienso. Para dejarlos a ellos solos, y no debería importarme. Un día me dice: “Laura, que es el día libre suyo, váyase”, “Sí, señora, ya me voy”. Pero, lo pienso. Doy vueltas. “Váyase”. Pero no es algo que es que yo diga que me obligan, no. Está en mí” (E1, Cuidadora colombiana, A Coruña, 2003).

Este fuerte apego personal puede generar dependencia y explotación pero también llega a otorgar más poder a la trabajadora. En el servicio doméstico tradicional, cuando la empleada realizaba algo que no le gustase a sus patronos, éstos pronto podían encontrar a otra persona para desempeñar el mismo empleo. Sin embargo, la **cuidadora de ancianos no es tan fácilmente sustituible**. Cada vez que una de las cuidadoras decide dejar el trabajo, bien porque ha obtenido “los papeles” o bien porque va a proceder a la reagrupación, la familia empleadora experimenta enormes cambios. Primero, elegir a la nueva cuidadora. Segundo, explicar a la persona dependiente que vendrá una nueva

persona. Tercero, asegurarse del correcto funcionamiento de la relación anciano/cuidadora.

“Al principio lo pasaba mal porque le decíamos: “se va a ir fulanita”, pues ya empezaba con diarrea de los nervios, pasaba varios días que no dormía bien, que tenía diarrea. Le costaba la adaptación, cuando ya le cogía confianza a una y se iba lo pasaba mal” (F13, Empleadora cuidadora inmigrante, A Coruña, 2003).

El trabajo de cuidados requiere una relación de apego entre el mayor y la asistenta a la que le supone un gran esfuerzo emocional. Dar cariño como oficio implica simular sentimientos y afectos que de no existir un intercambio salarial nunca se manifestarían. Sin embargo, los cuidados continuados a lo largo del tiempo pueden convertirse en profundas relaciones de amistad, cariño y amor. Es común que aún concluida la etapa laboral, las cuidadoras inmigrantes decidan visitar a los mayores que han cuidado o los llamen por teléfono preocupándose por su estado de salud.

“Ella me dice que si me llega a resultar algún trabajo yo los dejo a ellos. Entonces yo le dije: “Doña Consuelo si algún día yo me pienso ir de aquí, yo no pienso que los voy a dejar solos”. (E1, Cuidadora colombiana, A Coruña, 2003).

“Sí, yo me acuesto y les echo la bendición a mis hijos y se la echo a él y a ella. Cuando yo estuve trabajando, le dio a él un infarto. Tenía tres o cuatro días de haber estado trabajando. Y me dio durísimo, me dio como si fuera mi papá. Y no es que me tome las cosas muy a pecho, sino que es que hay personas a las cuales tú cuidas que te hacen coger cariño. Y a mí desde el primer momento que empecé a trabajar ahí me brindaron confianza. A mí nadie me conocía de nada. Mi nombre es tal y tal, pero nadie sabía si yo soy ladrona, si soy alguna.... No. Desde el primer momento me dieron la confianza. Por eso te digo que yo estaba... El día que le dio el infarto al señor, como te digo, es como... si le diera a un familiar mío. Yo lloré, yo grité...” (E27, Cuidadora colombiana, Pamplona, 2004).

“Yo ahora le he cogido mucho cariño a la ancianita. Necesita, esa señora necesita de mucho cariño porque los hijos no pueden estar todo el tiempo con ella y ella lo que necesita es estar acompañada, no tanto los cuidados. Ella me llama y me dice que soy su ángel, que soy su... me dice que le toque con la mano en el lado izquierdo, y yo ojalá que con tocarla que fuera suficiente, que le pase el dolor. Todas esas cosas hace que te sientas bien” (E8, Cuidadora ecuatoriana, A Coruña, 2003).

“A veces voy a visitarla, me siento mal si no sé nada de ella... que le habrá pasado... me preocupa su salud, es como si fuera mi responsabilidad” y... A veces en vez de trabajar con los brazos trabajo con el corazón” (E5, Cuidadora brasileña, A Coruña, 2003).

Capítulo 7.- Metodología

7.1.- La elaboración de las entrevistas en profundidad

Para el desarrollo de esta investigación ha sido imprescindible incorporar una metodología cualitativa, en este caso, basada en la técnica de las entrevistas en profundidad. El objeto de estudio, inmigrantes cuidadoras de personas mayores en el seno del servicio doméstico, no permite la utilización de una fuente de datos cuantitativa (ni primaria, ni secundaria) puesto que, una gran parte de este empleo se efectúa en el lado sumergido de la economía. Además, las bases de datos existentes sobre el servicio doméstico no son adecuadas para un análisis del trabajo de cuidados de este sector ya que las tareas de cuidar y las de mantenimiento del hogar se consideran oficialmente como una misma ocupación. El trabajo de campo se ha realizado en los contextos urbanos a los que se ha circunscrito esta tesis doctoral: A Coruña y Pamplona.

En concreto, las entrevistas en profundidad se dirigieron a cuatro colectivos:

- 1) **Profesionales del sector de cuidados a domicilio.** En esta categoría se incluyen a Técnicos de la Administración que se ocupan de gestionar los servicios sociales y, también a Asociaciones de Trabajadores y Empresas Subcontratadas (por los Ayuntamientos de A Coruña y Pamplona) que se dedican a la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio. En total, se realizaron nueve entrevistas en este colectivo.
- 2) **Representantes del Tercer Sector que gestionan una bolsa de empleo del sector doméstico de cuidados.** Se trata de técnicos de diversas asociaciones, ONG's y sindicatos que trabajan directamente con inmigrantes y se encargan de organizar las ofertas y demandas laborales para la actividad de cuidados dentro del servicio doméstico. En concreto, fueron recogidas trece entrevistas en profundidad.
- 3) **Familias empleadoras de cuidadoras de ancianos.** Se entrevistó a aquellos miembros familiares que tuvieron la máxima responsabilidad en la contratación

de una cuidadora inmigrante. Se realizaron un total de quince entrevistas, en todos los casos, las personas entrevistadas fueron mujeres.

- 4) **Inmigrantes que cuidan ancianos.** Tanto en A Coruña como en Pamplona se eligió como entrevistadas a aquellas inmigrantes que, en algún momento desde su llegada a España, hubiesen trabajado como empleadas domésticas siendo su tarea principal la asistencia de una persona mayor. En ambas ciudades, se encontró que eran las mujeres latinoamericanas las que en mayor grado se ocupaban de esta actividad. Por ello, prácticamente todas las entrevistadas proceden de Latinoamérica. En total se recogió el testimonio de treinta cuidadoras.

El trabajo de campo dirigido a **técnicos de la administración y a profesionales de empresas privadas subcontratadas** por entidades públicas para la atención domiciliaria, tenía como objetivo conocer la estructura del cuidado de ancianos ofertado desde los servicios sociales. En concreto, el análisis se ha centrado en el Servicio de Ayuda a Domicilio, único recurso institucional que permite la asistencia en el entorno de la persona mayor. Tanto el Ayuntamiento de A Coruña como el de Pamplona han externalizado este servicio social mediante la subcontratación de empresas privadas con personal propio que se dedica a efectuar la asistencia. A medida que me adentraba en la investigación pude observar claras diferencias relacionadas con la profesionalización y las condiciones laborales de la atención personal que reciben los dependientes usuarios de este recurso público y aquellos que han decidido ser atendidos por una mujer inmigrante empleada de hogar. El capítulo 4 de esta investigación analiza las entrevistas realizadas en este ámbito, ofreciéndose un estudio de la incidencia de la política social de A Coruña y Pamplona sobre el sector doméstico de cuidados delegado a mujeres inmigrantes y las características de la atención que se dispensa desde la administración pública. El discurso de estos técnicos ha sido esencial para entender la tendencia de la política social y la situación actual de la misma en materia de personas mayores.

Se ha entrevistado en A Coruña, a la Coordinadora del SAD del Ayuntamiento (C1) y a las responsables de las empresas no lucrativas: Xuntos40 (C2), Cáritas (C3) y Cruz Roja (C4). En Pamplona, se recogen los discursos de la Directora del Instituto Navarro de

Bienestar Social (P1), del Coordinador del SAD del Ayuntamiento (P2) y del responsable de la empresa MILUCE, encargada de efectuar el Servicio de Ayuda a Domicilio (P3). También se incorporan en esta ciudad los testimonios de una representante de la Asociación Axola (P5), agrupación de diversos profesionales sanitarios, y un grupo de discusión de trabajadoras del Ayuntamiento de Pamplona que se dedican a realizar los cuidados a domicilio dentro del SAD (P4)¹.

Para el análisis de la **aparición del sector doméstico de cuidados como un nicho laboral para mujeres inmigrantes (fundamentalmente latinoamericanas) y las características de este empleo**, se ha utilizado el trabajo de campo de los otros tres colectivos mencionados. La perspectiva de los responsables de gestionar las bolsas de empleo que aparecen en las organizaciones del Tercer Sector aporta el conocimiento de la gestión de las ofertas y demandas laborales en el sector doméstico de cuidados (capítulo 5). En cada una de estas organizaciones se ha hablado, en la medida de lo posible, con los coordinadores del área laboral que, generalmente se dedicaban a poner en contacto a la familia empleadora y la futura empleada, por lo que conocían con detalle las demandas de ambos actores. Fueron entrevistadas un total de trece organizaciones con diferentes perfiles. Entre ellas se encontraban:

- ONG's: Cruz Roja (P1 y C4), Ecos do Sur (C1), Ecodesarrollogaia (C2), Equus Zebra (C3);
- Sindicatos: CITE, Centro de Información para Trabajadores Extranjeros, perteneciente al sindicato CC.OO. (P2 y C5).
- Instituciones religiosas: Cáritas (P3 y C7), Congregación María Inmaculada (P5 y C6), Casa de la Misericordia (P4) y Centro Hogar (C8).

Todos estos coordinadores de las bolsas de empleo pueden ser considerados como informantes clave ya que además de ofrecer una información rigurosa también sirvieron de puente para contactar con personas inmigrantes cuidadoras de ancianos. La mayor parte de las entrevistas dirigidas a inmigrantes cuidadoras de personas mayores se realizaron, en el caso de A Coruña, por medio de la Congregación María Inmaculada y

¹ El código "C" hace referencia a que la entrevista se ha realizado en A Coruña y el código "P" indica que se ha llevado a cabo en Pamplona. El código "E" se ha reservado para las entrevistas a cuidadoras inmigrantes y la letra "F" para las entrevistas a familias empleadoras.

del CITE. En Pamplona casi todos los contactos fueron conseguidos a través de Cáritas. Esta selección ha introducido sesgos en la investigación puesto que estas entidades trabajan con un colectivo inmigrante determinado. A la Congregación María Inmaculada y a Cáritas acuden principalmente personas “sin papeles”. El CITE, sin embargo, aglutina una mayor variedad de experiencias migratorias. Es el centro a partir del cual se asesora para solucionar la situación jurídica. Al ser un sindicato, su bolsa de trabajo se dirige principalmente a personas en situación legal.

A pesar de esta limitación, era necesario centrar la investigación en las instituciones religiosas (tanto en la Congregación María Inmaculada como en Cáritas) debido a que estas entidades siguen siendo los lugares en los que se centra la búsqueda empleo de las mujeres inmigrantes en el servicio doméstico. Sin embargo, la confianza surgida con las personas entrevistadas provocó que en algunas ocasiones me pusiesen en contacto con su propia red social de amistades y familiares. Realmente ha sido esta interacción investigadora/entrevistada la que me ha ayudado a rescatar el trabajo de campo de la uniformidad de una contactación realizada a través de asociaciones.

Únicamente hubo una ocasión en la que esta modalidad resultó perjudicial. Es el caso de la entrevista a una mujer cuidadora (E17) realizada en Pamplona. El contacto fue conseguido mediante un varón cuidador que ya había entrevistado con anterioridad (E16) y que estuvo presente durante toda la entrevista de su compatriota. No dejaba hablar mucho a la nueva invitada y él mismo comentaba las experiencias de su colega. E17 se sentía un tanto coartada, sobre todo, ante las preguntas relacionadas con las diferencias que ella encontraba según género en la sociedad de acogida. Es así como la contactación dificultó la entrevista. El resto de entrevistas contactadas por medio de personas ya entrevistadas fueron experiencias positivas. En estos casos, incluso existió un ambiente más relajado que favoreció la interacción entrevistadora/entrevistada. En A Coruña las familias empleadoras entrevistadas se contactaron por medio de la red personal y, en Pamplona, se hicieron todas ellas a través de Cáritas.

Este trabajo de campo se completó con observación no participante en dos entidades. A través de Cáritas de Pamplona he podido acudir al proceso de selección que realizan las familias empleadoras para contratar a una cuidadora extranjera. Participar como observadora en este proceso me ha permitido comprender cómo se produce la elección

de la persona adecuada para cuidar al mayor y los requisitos a los que dan importancia las familias. En A Coruña, la Congregación María Inmaculada ha puesto a mi disposición una importante cantidad de recursos humanos y materiales. Además de ofrecerme contactos de cuidadoras inmigrantes también me ha permitido estar presente en los actos que esta organización realiza dirigidos a este colectivo (fiestas privadas, encuentros entre inmigrantes, cursos formativos...). También me han habilitado espacios para hacer el trabajo de campo

El trabajo de campo se efectuó en A Coruña en el año 2003 y en Pamplona en el año 2004. En ambos periodos hubo un intenso flujo migratorio hacia España y, en esos años, comienzan a consolidarse algunas características de su composición como la fuerte presencia de personas procedentes de Latinoamérica. El trabajo de campo recoge esta tendencia a la latinoamericanización y la inserción de este colectivo en el sector doméstico de cuidados. Las nacionalidades de origen no varían en demasía en los dos contextos urbanos estudiados, aunque principalmente se recogen los discursos de personas procedentes de Ecuador en el año 2003 y originarias de Bolivia en el 2004.

En total, el trabajo de campo ha aglutinado 67 entrevistas en profundidad que responden a la modalidad de entrevista semidirigida. Se elaboró un guión de temas abiertos a tratar en la conversación (que se incluyen en el anexo) alejado del típico cuestionario de preguntas cerradas. La finalidad era que la actriz/actor social diese una opinión abierta y subjetiva en cada uno de los temas.

Los registros de las entrevistas fueron variados. Aunque en casi todas se utilizó la grabación de audio en algunos casos no fue posible o bien porque la entrevista surgió de forma espontánea o bien porque la persona interesada prefería mantener la conversación sin que ésta se grabase. En estas ocasiones se reconstruyó la entrevista con posterioridad y se tomaron notas durante la misma. Dentro del trabajo de campo también se deben incluir todas las anotaciones tomadas de las observaciones efectuadas sobre las entrevistas efectuadas, sobre el proceso de selección de cuidadoras inmigrantes por parte de familias empleadoras y de mi convivencia con mujeres extranjeras durante varios fines de semana en la Congregación María Inmaculada.

7.2.- Ficha técnica de las entrevistas en profundidad

7.2.1.- Entrevistas en profundidad dirigidas a cuidadoras inmigrantes.

Laura (E1, COR).- Colombiana, 29 años, casada y con dos hijos. Llegó a España en agosto de 1999. Su intención era emigrar a EE.UU. La dificultad en la concesión de una visa le hizo replantearse su lugar de destino. Estudió enfermería y ya tenía experiencia como cuidadora antes de encabezar su proyecto migratorio. En concreto, había prestado asistencia durante dos años a un niño con parálisis infantil. El color oscuro de su piel en contra de lo que ella pensaba no fue una causa de rechazo en España, aunque sí lo había sido en su país. Comenzó vendiendo productos de AVON pero pronto contactó para trabajar como interna cuidando a una pareja de ancianos. No le convalidaron sus estudios de enfermería pero aún así no tuvo dificultades para trabajar como cuidadora. Los receptores del cuidado son un matrimonio mayor de 86 y 84 años: él tiene Alzheimer y ella cáncer. La contratación se efectuó por medio de la hija y su salario en el año 2003 era de 400 euros. Reagrupará a sus hijos cuando regule su situación jurídica y arregle las diferencias que tiene con su esposo: la separación ha agravado sus problemas conyugales hasta el punto de que quiere quedarse con los hijos. Su hermana también quiere venir a España pero tan sólo tiene 20 años y “nunca ha trabajado en una casa”. Intenta contener las ansias de su hermana de migrar porque sabe que la situación es dura y solamente tendrá empleo en el servicio doméstico.

Miguelina (E2, COR).- República Dominicana, 26 años, viuda y con un hijo. La primera en emigrar a España fue su madre. A partir de ahí varias personas de su familia (tías y primas) se han establecido en el país. Siempre han llegado con un contrato de trabajo por lo que nunca se ha encontrado en situación de desempleo. En el año 2003 llevaba cuatro años en el país. Todas las navidades regresa a la República Dominicana a visitar a su hijo al que todavía no ha conseguido reagrupar porque sus “papeles” todavía están en trámite. Espera su llegada para cambiar de la modalidad de interna a externa. Tan sólo lleva un mes cuidando como interna a una anciana. Con anterioridad se había dedicado al cuidado de niños. No sabe exactamente cual es la enfermedad de la persona a la que cuida, se trata de “un problema de piel y está muy malita” (tiene 82 años). Esta anciana no tiene hijos. Ella fue contratada por una sobrina. Su salario es de 570 euros.

Celia (E3, COR).- Uruguay, 38 años, divorciada y con un hijo. Decidió venirse a España para cambiar su vida. Su separación y un cáncer de vesícula le hicieron caer en una fuerte depresión. La mala relación que mantenía con su ex marido le generó deseos de alejarse lo máximo posible de él. Es así como comienza su proyecto migratorio. Una decisión individual y no económica ya que ella trabajaba y ganaba un sueldo considerable como elaboradora de sustancias químicas. Al llegar a Galicia encontró trabajo en hostelería con un horario de diez de la mañana a cuatro de la madrugada y con un sueldo de 420 euros. Larga jornada y poco salario. Cambió de empleo y empezó a trabajar para Zara como maquinista. Este salario era todavía inferior pues no llegaba a los 300 euros. Finalmente empezó cuidando a una anciana con demencia senil en régimen de interna. La comida y la vivienda están ahora aseguradas. Su salario es de 512 euros.

Marilene (E4, COR).- Brasil, 25 años, soltera y sin hijos. Era profesora de portugués en su país. Vino a Galicia durante cuatro meses como becaria del Centro Ramón Piñeiro (en el año 2001). Una vez que se le terminó la bolsa decidió realizar aquí sus estudios de doctorado pero sin ninguna subvención económica. Para costearse su formación empezó a trabajar como interna cuidando a una anciana, trabajo que nunca había realizado con anterioridad. Esta señora, de 78 años, padece de depresión y además ha sufrido una trombosis. Tiene momentos libres para ir a sus clases pero aún la situación de trabajo es intensa porque tiene que pasar la mayor parte de las noches en vela. Dado el horario de libertad que tiene podría calificarse su régimen de trabajo como pseudointerna.

María (E5, COR).- Brasil (Sao Paulo), 44 años, casada y con tres hijos. Ha llegado a España con toda su familia. Su marido es gallego por lo que sus hijos poseen la nacionalidad española. En el 2003 lleva tres años residiendo en el país. Trabaja como externa fija cuidando a una anciana que además de sus dificultades para manejarse (tiene 73 años) tiene diagnosticado una psicosis depresiva. Trabaja siete horas al día repartidas entre la mañana y la tarde aunque hay noches que también tiene que dormir con ella “cuando no se encuentra bien”. En su país era empleada en una cadena de montaje relacionada con las comunicaciones.

Martha (E6, COR).- Colombiana (de Pereira), 28 años, casada y con tres hijos. Llegó a España a finales de 1999 aunque su primer deseo hubiese sido ir a EE.UU. a junto de su

hermano. La dificultad jurídica para entrar le hizo cambiar de destino. Comenzó cuidando a dos niños en un pueblo. Pronto se dio cuenta de que necesitaba trasladarse a un entorno más amplio que le permitiese tener más contactos. Es así como se mudó a la ciudad de A Coruña a cuidar a una pareja de ancianos como interna (él con Alzheimer y ella tiene problemas de movilidad tras sufrir una caída). El sábado es su único día libre aunque tiene libertad para salir a pasear todos los días si lo desea. Fue contratada por la hija del matrimonio que vive en un hogar aparte del de sus padres. En su país era secretaria en dos empresas. En cuanto regularice sus papeles quiere reagrupar a sus hijos. Su esposo vendrá más adelante. La migración acentuó los problemas de la pareja. De hecho, ella tiene aquí a alguien “para salir a bailar”. Su salario es de 480 euros.

Verónica (E7, COR).- Ecuatoriana, 32 años, soltera y sin hijos. Decidió venir a España para abrirse más posibilidades. En su país trabajaba como maestra. Trabaja cuidando a dos ancianas (que son hermanas) de 94 y de 89 años. No tienen ninguna enfermedad en especial tan sólo “los achaques de la vejez normal”. Fue contratada con la nuera de una de ellas, pues la otra está soltera y no tiene otros familiares más directos. Su salario es de 97.000 pesetas y sus papeles están en trámite. Libra un fin de semana cada mes. Todas las noches se levanta dos veces para que las ancianas orinen. En el momento de hacer la entrevista llevaba algo menos de un año en España.

Ana (E8, COR).- Ecuador, 47 años, casada y con cinco hijos. Encabezó la migración por decisión propia. La hija mayor es la que se ocupa del resto de sus hermanos. Trabaja como interna. Tan sólo estuvo un mes cuidando a una anciana porque ésta falleció (ganaba 720 euros). Lleva ocho meses en el país en el momento de hacer la entrevista. En su país trabajaba en una fábrica textil. Ahora está cuidando a tres niños y gana 450 euros.

Sandra (E9, COR).- Ecuatoriana, 30 años, casada y con una hija. Lleva unos diez meses en el país. Su primer trabajo lo consiguió tras quince días de su llegada para cuidar a un niño. Pero no fue capaz de adaptarse ni al infante ni a la familia. Después de un mes obtuvo un trabajo para cuidar a una anciana que vivía sola. Sigue en el mismo empleo e incluso su marido (E10) también es cuidador de esta anciana. Esta señora de 82 años tiene graves problemas de movilidad aunque por ahora “la cabeza la tiene bien”. Su

marido emigró primero. Su hija se ha quedado en Ecuador al cuidado de sus padres. Está deseando obtener una residencia legal para poder traerla a vivir a España.

Jimmy (E10, COR).- Ecuatoriano, 33 años, casado y con una hija. Es el marido de E10. Ambos cuidan a la misma anciana. El matrimonio vive en régimen interno en la casa de esta señora. Hace un año que llegó a España y estuvo buscando multitud de empleos. Viajó a Madrid, Murcia y Valencia. Sus ocupaciones han sido muy variadas: en la construcción, en la instalación de gas, en la agricultura y en un hotel. Cuida a esta señora con su mujer hasta que encuentre otro empleo. Se siente contento de su trabajo como cuidador: “es el más estable que he tenido hasta el momento”.

Marta (E11, COR).- Colombiana, 41 años, casada y con cuatro hijos. Llegó a España hace tres años y medio. Sabía que aquí sería cuidadora a pesar de que nunca había desempeñado este trabajo. El empleo lo encontró por medio de una amiga de su hermana que ya había llegado al país un año antes. La anciana sufrió un derrame cerebral por lo que tiene procesos de demencia senil. Después de casi cuatro años en el país ha logrado obtener su documentación. En breve abandonará el régimen de interna como cuidadora para dedicarse a la limpieza a través de una empresa. En cuatro meses llegarán sus dos hijos pequeños para vivir con ella.

Renata (E12, COR).- Brasileña, 32 años, casada y con dos hijas. Al mes de emigrar su marido ella vino a España para encontrarse con él. Incluso le había buscado un trabajo de cocinera (su profesión en Brasil) en un restaurante de comida brasileña. El régimen de explotación de este trabajo le hizo salir al servicio doméstico y el cuidado de mayores. Limpia y cuida a una anciana como externa. A pesar de su irregularidad jurídica ya ha reagrupado aquí a sus dos hijas.

Clara (E13, COR).- Ecuatoriana, 47 años, casada y con tres hijos. Su primer trabajo fue de interna cuidando a una señora de 83 años. Sus labores eran tanto de limpieza como de atención a la dependiente (necesitaba vigilancia continua). Tras un año en este empleo tuvo que cambiarse a la modalidad de externa pues su marido llegó a España. Lleva dos años en el país y está arreglando sus papeles.

Elena (E14, COR).- Ecuatoriana, 44 años, casada y con dos hijos. Lleva cuatro años en España por lo que ha tenido diferentes experiencias como cuidadora. Empezó de interna trabajando con un matrimonio mayor (él con diálisis y ella con una enfermedad mental). Al año se fue a otra casa a cuidar a una anciana con demencia senil. Actualmente trabaja como externa cuidando a un señor encamado.

Pepa (E15, COR).- Boliviana, 29 años, casada y con dos hijos. Su madre le gestionó el trabajo, por lo que al llegar, ya tenía un empleo. En Bolivia también cuidaba a personas mayores y enfermas por lo que ya tenía una experiencia previa en el campo de la geriatría. Siempre trabajó como externa y después de un año de residencia ha conseguido su documentación.

Puca (E16, PAM).- Ecuatoriano (de Quito), 50 años, casado y con tres hijos. Llegó a Pamplona en 1999 y consiguió trabajo a los 20 días de estar en España. Tiene homologado su título de enfermero por la Embajada Española. Eligió ser cuidador de personas mayores. Ha estado en su país cuatro veces (la entrevista fue realizada en el año 2003) y cree que pronto regresará de forma definitiva. La migración le ha permitido ahorrar y comprarse dos casas en Ecuador. Allí trabajaba en el Ejército, que es donde se sacó el título de enfermero. Tiene su situación regularizada y cobra 1.000 euros cuidando durante cuatro horas diarias a un anciano de 83 años con Alzheimer.

Esperanza (E17, PAM).- Ecuador (Quito), 50 años, casada y con tres hijos. En su país trabajaba en un almacén de calzado. Trabajó como interna durante dos años, empleo que consiguió al tercer día de llegar a España. Se trataba de un trabajo bastante cómodo pues tan sólo tenía que hacer compañía a una anciana con autonomía. La limpieza del hogar era realizada por una mujer española. Una vez que ha conseguido los papeles ha optado por cuidar a una niña como externa.

Luis (E18, PAM).- Ecuador, 24 años, casado y con un hijo. Nunca había cuidado ancianos con anterioridad, en su país trabajaba como diseñador de artes gráficas. Reside en Pamplona desde el 2002. Se dedica a hacer compañía y a sacar a pasear a varias personas mayores que están en una residencia de la tercera edad. La familia de cada uno de ellos le paga para que les haga compañía todos los días. Le gustaría poder regularizar sus papeles y trabajar en esta residencia como un empleado más. Por ahora no tiene

planes de retorno, está bien en España, va a tener un niño en este país y pedirá para él la nacionalidad.

Sole (E19, PAM).- Bolivia, 21 años, soltera y sin hijos. En primer lugar emigró su hermana que se instaló en Pamplona también como cuidadora de una persona mayor. Todavía no ha conseguido sus papeles pues tan sólo lleva tres meses en el país y un mes cuidando a una anciana de 89 años con graves problemas de movilidad. Tiene escasa experiencia en este ámbito y su edad ha sido un obstáculo para encontrar este empleo.

Yovana (E20, PAM).- Ecuador, 26 años, soltera y sin hijos. La primera en emigrar fue su madre en 1996. En el año 2003 lleva tres años viviendo en Pamplona. Consiguió sus papeles pero caducaron y ahora mismo no tiene su documentación en regla. Empezó trabajando en una casa en la que estuvo empleada su madre. Cuidaba a tres ancianos en la modalidad de interna (ganaba 964 euros). Los fines de semana que tenía libres también cuidaba a otra anciana. Más adelante, a causa de los fallecimientos de personas a las que asistía tuvo que ir cambiando de familias empleadoras. Una vez que consiguió los papeles pasó a ser externa fija cuidando niños. Dejó sus estudios relacionados con la locución y la comunicación por venir a España.

Marta (E21, PAM).- Bolivia, 24 años, soltera y con una hija de cinco años que permanece en su país al cuidado de su familia. Lleva un año y cuatro meses en Pamplona. No ha conseguido sus papeles todavía aunque pretende regularizar su situación. En primer lugar trabajó como interna cuidando niños pero al cabo de once meses cambió su trabajo por el de asistir a una anciana de 92 con problemas de movilidad.

María (E22, PAM).- 24 años, boliviana. Cuida a una señora de 84 años que tiene Alzheimer, empleo que encontró al mes de llegar a España. Aunque no tenía experiencia en el ámbito de cuidados personales, su hermana que es enfermera en Bolivia, le enseñó los conocimientos básicos en la asistencia a personas mayores.

Cristina (E23, PAM).- 19 años, boliviana, estudiante de auxiliar de enfermería. Está en España desde hace un año y tres meses. Trabaja como interna cuidando a dos ancianos de 86 y 80 años. Él tiene Parkinson y Alzheimer y ella ha sufrido un derrame cerebral.

Aunque está en situación regular quiere regresar a su país en pocos años a pesar de que aprovechará su estabilidad jurídica para reagrupar a dos de sus hermanos y a su madre.

Mónica (E24, PAM).- Ecuatoriana, 28 años. Trabaja como “cuidadora esporádica” los fines de semana en casa de un matrimonio mayor (de 95 y 89 años). Compagina este empleo con el cuidado de niños durante la semana.

Margarita (E25, PAM).- Tiene 56 años y emigró de Venezuela, su país de origen, a los 49 años. Tiene tres hijos, alguno de los cuales, ha conseguido ir a la universidad gracias al dinero que les envía. No comenzó su migración llegando a España sino que en principio se asentó en Portugal durante dos años. Luego tuvo contactos para desplazarse a España y dejó su trabajo como cuidadora de dos niños para venirse a Pamplona. Nunca imaginó antes de venirse a España que trabajaría en el servicio doméstico pero su primer trabajo ya fue como cuidadora de mayores. Aguantó menos de un mes en este inicio de su trayectoria laboral porque tenía problemas con la sobrina de la anciana que también convivía con ella. El mal carácter y los insultos que ésta le propinaba fueron los aspectos que le hicieron marcharse de ese trabajo. Estaba como semi interna pues aunque dormía y vivía con la señora tenía que comer y cenar en la casa que compartía con una mujer española separada. Le dijeron que había unas monjas, la Congregación María Inmaculada, en donde podían buscarle a empleo. Fue a junto de ellas y es así como consiguió su empleo actual en el que lleva casi cinco años. Trabaja como externa fija por horas con una jornada laboral extenuante de 8 a 2 y de 4 a 8. El señor al que cuida tiene 94 años y es viudo desde que la contrataron a ella, tiene demencia y Alzheimer. Es un trabajo duro pero le pagan 800 euros y le dejan una vivienda que es propiedad de la familia. Le han arreglado los papeles y está dada de Alta en la Seguridad Social desde un principio.

Teodocia (E26, PAM).- Llega a España en el año 2002 dejando en Bolivia a sus tres hijos. Inicialmente llega a Madrid y sus primeros trabajos son desempeñados en esta ciudad. En primer lugar trabajó en un bar los fines de semana como Ayudante de Cocina. Le pagaban 400 euros mensuales. Ese dinero no le alcanzaba para vivir en España y para mantener a sus hijos así que decide incorporarse al servicio doméstico cuidando unos niños. En este empleo estuvo sólo 3 meses y trabajaba seis horas al día. El salario era de 500 euros. Compaginaba este trabajo con el realizado en el bar. No se

sentía cómoda en la casa así que cambió de empleo y de ciudad. Emigró a Navarra y se asentó a Pamplona en donde consiguió un trabajo como interna cuidando a una anciana. El salario es de 700 euros. “De interna se aguanta por el dinero, porque no hay otra salida y porque mis hijos están en Bolivia”. Para ella, lo peor es que la gente se aprovecha de cuando no tienes papeles y te hacen trabajar más mientras se está a la espera de conseguirlos. Cuando obtuvo los papeles la trataban mejor. Parece que la explotaban porque tenía que aguantar para obtener los papeles y decidió cambiar de empleo. “La gente se va del servicio doméstico en cuanto encuentran un trabajo en el que le paguen mejor”. Ella se siente mejor con su trabajo actual que es un taller textil y aunque el sueldo es pequeño, 730 euros, no tiene que aguantar el trato de criada en una casa.

Jacqueline (E27, PAM).- Emigró de Colombia con 20 años. Llegó a Navarra en el año 2001 porque en esta región vivían sus padres y su hermana. Después de dos años en situación irregular cuidando a una anciana de 87 años en régimen de interna ha podido obtener su documentación y reagrupar a su marido. No tenía ninguna formación en atención geriátrica y no se imaginaba que su primer trabajo en España sería de cuidadora. En la actualidad trabaja en hostelería.

Juana (E28, PAM).- Ecuatoriana, casada y con dos hijos, 36 años. Vive con su familia en Ecuador, pero su esposo es de Moscú. Decidió emigrar con la finalidad de ahorrar el dinero suficiente que permita a toda su familia viajar a Rusia y reencontrarse con sus parientes. Su migración será de un año y luego regresará a Ecuador. Cuida a una anciana de 81 años que tiene paralizado el lado izquierdo del cuerpo. No tiene que hacer la limpieza del hogar ya que de eso se ocupa la nuera de la empleadora. Es filóloga alemana.

Cristina (E29, PAM).- Ecuatoriana, 29 años, casada y con dos hijos. Lleva menos de un año en España y cuida a una señora mayor como interna. Fue contratada por la hija de ésta y tiene que realizar todas las tareas del hogar al mismo tiempo que le dispensa cuidados personales (tiene un cáncer). Por ahora no tiene pensado traer a sus hijos al país porque todavía no tiene sus papeles en regla. En su país de origen trabajaba en la industria textil.

Rosalba (E30, PAM).- Rosalba ha sido una de las informantes clave de esta investigación. Su historia personal se ha incorporado inaugurando esta investigación. En la introducción puede consultarse un breve resumen de su ciclo vital.

7.2.2.- Entrevistas en profundidad dirigidas a familias empleadoras.

Teresa (F1, COR).- Son cuatro hermanos y ella es la única mujer. Cuando su madre que vivía en el pueblo enviudó los achaques típicos de la vejez comenzaron a agravarse. No tenía una dependencia severa pero sí necesitaba a alguien que la levantase de cama y la asease. Ella trabaja en su propio negocio por lo que era muy complicado adecuar sus horarios a las necesidades de atención de su madre. Ninguno de sus hermanos estaba capacitado para cuidarlo, sus nueras “no son sus hijas” y su madre solo la quería a ella. A los 75 años se fue a vivir a su domicilio en la ciudad. Contrató a una mujer búlgara para que la cuidase durante unas horas al día y de “paso hiciese la limpieza del hogar” que anteriormente era efectuada por una mujer española.

María José Thomas (F2, COR).- Ante el accidente cerebro vascular que sufrió su suegra de 87 años, toda la familia (hijos y nueras) se planteó la necesidad de contratar a una persona de manera estable para cuidarla. Ningún miembro de la familia tiene problemas económicos así que el dinero no era un problema para ellos. Buscaron a una mujer autóctona que se dedicase a la limpieza y al cuidado de la anciana pero tras muchos intentos en diferentes agencias privadas únicamente consiguieron a una cuidadora extranjera.

Carmen (F3, COR).- Contrató a una mujer dominicana para que cuidase de su madrina. No tenía hijos ni ningún familiar. Ella y su hermano eran los nexos parentales más cercanos. A los 82 años ya no podía mantenerse por sí misma. La solución para ella tanto por los cuidados recibidos como por la compañía era la contratación de una chica como interna. No encontraron a “ninguna española” por lo que finalmente se decidieron por “una extranjera”.

Familia Ramos (F4, PAM).- Es una familia de doce hermanos y su madre quedó viuda cuando ellos eran muy jóvenes. La madre nunca quiso marcharse de su pueblo. Cuando necesitó cuidados por primera vez tenía 74 años. Ninguno de sus hijos vive cerca de su

residencia. Todos tienen un empleo y una vida propia que no pueden abandonar cuando a ella le dio una trombosis que le dejó paralizado todo el cuerpo. Incluso se quedó sin habla. En ese momento toda la familia fue consciente de la necesidad de alguien que le dispensase asistencia. Buscaron residencias para internarla pero sabían que esa solución deprimiría a su madre. Finalmente, por medio de diferentes contactos personales acudieron a Cáritas para buscar a una cuidadora. En total tuvieron a dos personas (una que estuvo dos años y otra que cuidó a su madre durante tres años y medio). Su salario lo pagaban entre todos los hermanos y éste era completado con una ayuda económica del Gobierno de Navarra.

Familia Blanca (F5, PAM).- La persona que requiere asistencia es su padre, un viudo de 84 años. Son tres hermanas. Una de ellas está enferma y su lugar de residencia difiere de la ciudad en la que habita su padre. El cuidado se repartía entre las otras dos hermanas, una de las cuales vive en la misma casa de la persona dependiente. Ambas trabajan fuera del hogar (una es médico de urgencias y la otra está empleada en un Centro de Salud). En principio, el anciano no tenía ninguna enfermedad grave, simplemente necesitaba estar acompañado y no dormir solo dada su avanzada edad. El deterioro físico y cognitivo se agravó progresivamente y no quería marcharse de su casa. El cansancio psicológico de la familia por la prestación de cuidados y el agravamiento del estado de salud fueron las causas por las que contrataron a una chica como interna. En total pasaron por su casa tres cuidadoras colombianas. Valora la experiencia como muy positiva.

Familia Valencia (F6, PAM).- Decidieron contratar a una cuidadora cuando a su madre se le agravó el deterioro cognitivo hasta el punto de perder el conocimiento. En esos momentos, su madre y su padre vivían juntos. Pero a la enfermedad de la madre se le sumó el envejecimiento del padre. Las atenciones que sus hijas les dispensaban requerían de más tiempo. Necesitaban que alguien estuviese pendientes de ellos durante prácticamente todo el día. No podían compaginar su ocupación con las necesidades asistenciales de sus padres. Cuando la carga psicológica comenzó a repercutir en sus vidas emplearon a una chica inmigrante en casa de sus padres. La retribución del salario era compartida por las dos hijas junto con una ayuda económica del Gobierno de Navarra. Cuando su madre falleció, internaron al padre en un Centro de Día. Sus

problemas eran más psicológicos que físicos, por lo que necesitaba la ayuda de un profesional para superar la muerte de su mujer.

Esther (F7, PAM).- Al enviudar su padre a los 87 años y quedarse sólo, éste comunicó a sus hijos que necesitaba de alguien que lo cuidase. Disponía del dinero suficiente como para poder pagar la atención que necesitase en su vejez. Son tres hijos pero “cada uno con su vida, cada uno con su trabajo”. No quería mudarse de casa así que a través de diversos contactos personales contrataron a una chica extranjera. En total tuvo a cuatro cuidadoras (tres ecuatorianas y una colombiana) con las cuáles llegó a tener una relación de afecto muy estrecha.

Natividad (F8, PAM).- Es hija única y su madre quedó viuda muy joven. En el momento en que le dio una trombosis cerebral que la dejó totalmente paralizada a sus 70 años decidió que alguien tenía que ocuparse de todo lo que necesitase mientras ella trabajaba. Junto con su marido buscó una residencia. El panorama “era desolador” por lo que finalmente se la llevó a su casa y contrató los servicios de una externa mediante una agencia. Este recurso le salía muy caro así que contactó con una asociación para emplear a una chica extranjera como interna. En total cuidaron a su madre tres mujeres, siempre de Europa del Este. En el momento en que tuvo un hijo y “la casa se quedó pequeña” decidió internar a su madre en una residencia.

Montse (F9, COR).- Tras la muerte de su madre, el padre de Montse vivió sólo durante diez años. Al pasar la barrera de los 75 años comenzó un proceso de demencia senil que se agravaba con los años. Al principio, tanto Montse como sus dos hermanas se hicieron cargo de los cuidados que su padre necesitaba hasta que éste necesitó asistencia prolongada las 24 horas del día. La única solución que les permitía mantener su trabajo era la contratación de una cuidadora en régimen de interna. Tras recorrer diferentes asociaciones que gestionaban una bolsa de empleo en el sector doméstico de cuidados encontraron a la trabajadora perfecta: dulce, cariñosa y paciente, características que ellas demandaban, y que solo pudieron encontrar en una mujer latinoamericana.

Luisa (F10, COR).- Cuando el padre de Luisa enviudó pasó una etapa de fuerte depresión. Necesitaba estar acompañado todo el día, con lo cual, Luisa y su marido decidieron que lo mejor era que viviesen los tres juntos. Sin embargo, al cabo de unos

años le sobrevino una trombosis que le dejó paralizado parte de su cuerpo. Ella no podía ofrecerle todos los cuidados que él demandaba, pues para ello tendría que abandonar su trabajo. La solución que encontraron fue contratar a una cuidadora que se ocupase de ofrecerle compañía y prestarle la atención que el anciano requería. La solución que tomaron fue la de contratar a una cuidadora inmigrante como interna que viviría con su padre en la casa que él poseía en el pueblo.

Ángeles (F11, PAM).- A pesar de que tiene cuatro hermanos, la familia decidió que su madre no podía vivir sola a sus ochenta y cinco años. No tenía ningún tipo de dependencia severa, simplemente necesitaba compañía y ayuda para realizar las tareas del hogar. Es así como contrataron a una cuidadora en régimen de externa hasta que su madre empezó a tener problemas de movilidad, momento en el que requería una persona interna que vigilase todos sus movimientos. Nunca hasta ese momento habían contratado una empleada de hogar.

Sol (F12, COR).- La familia se planteó contratar a una cuidadora inmigrante cuando a su madre le dio una embolia cerebral. En ese momento se trastocó la organización de la familia: tanto sus hermanos como su padre dependían cien por cien de ella, pues siempre se había ocupado del mantenimiento de la casa y del cuidado de sus nietos. Las ayudas de los servicios sociales no cubrían el tipo de asistencia que su madre necesitaba, así que decidieron contratar a una empleada doméstica con la sorpresa de que las únicas mujeres que estaban dispuestas a desempeñar este trabajo eran inmigrantes.

Fina (F13, COR).- Descubrió que su padre tenía Alzheimer con setenta años. En esa época su madre aún vivía y entre las dos y los cuidados de un Centro de Día se responsabilizaban de la asistencia que éste necesitaba. Pero una vez que su madre falleció y la enfermedad de su padre comenzó a agravarse era imprescindible contratar a una cuidadora a domicilio, puesto que ella tenía que ir a trabajar y no estaba dispuesta a abandonar su profesión de maestra por la que tantos años había luchado.

Rocío (F14, PAM).- Pertenece a una familia acomodada de la ciudad. Su padre era notario y su madre, que siempre se dedicó a cuidar de sus hijos, se encontraba muy sola tras fallecer su marido y sufrir una ruptura de cadera. Por ello, decidieron contratar a

una cuidadora que pudiera ofrecerle únicamente compañía y la atendiese en su aseo personal.

Cristina (F15, PAM).- Tras la muerte de sus padres, Cristina se enfrentó a los cuidados de su hermano. Un hombre de sesenta años que padece una parálisis cerebral. Sentía que ella no estaba preparada ni física ni mentalmente como para ofrecerle la atención necesaria. Por ello, decidió contratar a una cuidadora interna que se ocupase de su asistencia. En principio, estuvo durante diez años con una cuidadora nativa pero en cuanto ésta se retiró, la búsqueda de una nueva persona de confianza fue extremadamente complicada. Finalmente optó por emplear a una mujer inmigrante que le permite dormir tranquila porque sabe que su hermano está bien cuidado.

7.2.3.- Entrevistas en profundidad dirigidas a entidades del Tercer Sector.

Cruz Roja (P1 y C4).- Se realizaron dos entrevistas. Una de ellas en su sede de A Coruña y otra la de Pamplona. En ambos casos se entrevistó a la responsable del área laboral.

ANAFE y CITE (P2 y C5).- Ambas pertenecen a CC.OO. y su objetivo es ofrecer información a los trabajadores extranjeros y favorecer su incorporación laboral. ANAFE se encuentra en Pamplona y CITE en A Coruña. La entrevista se dirigió a los coordinadores de la bolsa de trabajo con la que cuentan estas entidades y a la que mayoritariamente a personas extranjeras apuntadas.

Cáritas (P3 y C7).- La coordinadora del área laboral de esta entidad en Pamplona ha sido una informante clave para el desarrollo de esta investigación. No solamente por su experiencia en el ámbito de contactación empleadores/empleada en el servicio doméstico, sino también porque permitió mi presencia en los procesos de selección de las cuidadoras inmigrantes. En A Coruña, se ha entrevistado a la responsable de inmigración de esta misma entidad.

Congregación María Inmaculada (P5 y C6).- Se entrevistó a las hermanas responsables de la sección de inmigración y de tramitación de las ofertas y demandas laborales que reciben para el servicio doméstico. Se acudió a las sedes de Pamplona y A Coruña. En

esta última ciudad, esta entidad ofreció información clave para el desarrollo de la investigación puesto que proporcionó contactos para hacer entrevistas a cuidadoras inmigrantes y además permitió mi presencia en algunas jornadas de convivencia organizadas específicamente para el colectivo inmigrante.

Casa Misericordia (P4).- Es una de las residencias de ancianos más conocidas de Pamplona. Se entrevistó a la monja encargada de gestionar ofertas y demandas laborales para el cuidado de enfermos en situación crítica.

Ecos do Sur (C1).- Es una ONG situada en la ciudad coruñesa que ofrece sesoramiento jurídico e información a inmigrantes. Cuenta también con un área de Orientación Laboral, por lo que en esta investigación se ha recogido el testimonio de la personas responsable de la misma.

Ecodesarrollo Gaia (C2).- Esta entidad no gubernamental se ubica en la ciudad de A Coruña y desarrolla actividades de información y divulgación mediambiental. Así mismo incorpora un programa específico dirigido a inmigrantes y a mujeres inmigrantes. Se ha entrevistado al director de la organización.

Equus Zebra (C3).- Está situada en la ciudad de A Coruña y su objetivo es favorecer la integración de los inmigrantes y de cooperar en el desarrollo de sus países de origen. Gestiona además una bolsa de trabajo para el servicio doméstico. Se entrevistó al responsable de la sección laboral.

Centro Hogar (C8).- Depende económicamente de Cáritas y es la única entidad de la ciudad de A Coruña creada específicamente para atender las necesidades de la población que trabaja en el servicio doméstico. A su sede acuden principalmente personas inmigrantes, tanto para conseguir trabajo, como para asesorarse jurídicamente en el ámbito del Régimen Especial de Empleados de Hogar. Se ha entrevistado a la persona responsable de la bolsa de trabajo. Aunque el trabajo de campo en A Coruña se efectuó a lo largo del 2003, esta entrevista se realizó con posterioridad, en el año 2007, pues Centro Hogar abrió sus puertas en el 2006.

7.2.4.- Entrevistas realizadas a técnicos de la Administración y empresas prestadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Instituto Navarro de Bienestar Social (P1).- La entrevista se efectuó a su directora para recoger el testimonio de la administración acerca de la tendencia de las actuales políticas de protección social.

Servicio Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Pamplona (P2).- Se entrevistó a su coordinador, máximo responsable de la gestión y organización del SAD de esta ciudad.

Empresa MILUCE (P4).- Es la empresa no lucrativa subcontratada por el Ayuntamiento de Pamplona para efectuar la asistencia a domicilio del SAD. Se entrevistó al responsable de esta institución ocupado en gestionar los cuidados que tienen que realizar las trabajadoras que dispensan el SAD.

Trabajadoras Familiares (P5).- Se realizó una entrevista grupal con cinco trabajadoras familiares del Ayuntamiento de Pamplona que realizan los cuidados a domicilio del SAD municipal.

Asociación Axola (P5).- Se entrevistó a la máxima responsable de esta asociación que agrupa a diferentes profesionales del sector sanitario. Su objetivo es ejercer presión para la extensión de unos servicios sociales adecuados a las necesidades de la población navarra.

Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de A Coruña (C1).- Se entrevistó a la coordinadora de la gestión y organización del SAD desde el ente municipal.

Xuntos40 (C2), Cáritas (C3), Cruz Roja (C4).- Estas entidades son las encargadas de contratar a las trabajadoras familiares que efectúan la asistencia del SAD de A Coruña. Se entrevistó en cada una de las instituciones a la persona responsable de la gestión de los cuidados que estas empleadas deben realizar.

7.3.- Explotación de fuentes secundarias de datos.

A continuación se detalla brevemente cada una de las bases de datos utilizadas en esta investigación. No se realiza un sucinto análisis de sus características metodológicas, sino una breve descripción de la información que recogen. Las deficiencias y ventajas de cada una de ellas ya se han incorporado en los capítulos de esta tesis doctoral cuando se introducían sus cifras:

1) Anuario Estadístico de Inmigración

Se encuentra en la página web del Ministerio de Trabajo (<http://www.mtas.es>). En esta publicación se realiza un recuento oficial del número de inmigrantes que poseen un permiso de residencia, por lo que se trata de un registro administrativo, en el que se especifican las características de la población extranjera según tipo de régimen (desde 1992), nacionalidad de procedencia (desde 1992), sexo (sólo desde 1997), edad (sólo desde 1997), movimiento natural de la población (sólo desde 2001), concesiones de nacionalidad y posición en el mercado laboral. Antes de 2004 esta fuente de información se denominaba “Anuario Estadístico de Extranjería” y era gestionado por el Ministerio de Interior.

2) Anuario de Estadísticas Laborales y Asuntos Sociales

Esta base de datos es publicada en la página web del Ministerio de Trabajo (<http://www.mtas.es>) y en ella se recogen las características del mercado laboral español, en el que se insertan tanto la población nativa como extranjera. La información aparece desagregada según ocupación, sector de actividad, sexo, edad, nacionalidad de procedencia (desde 1992) y Comunidad Autónoma de Residencia. Para analizar las características del mercado de trabajo en el que se inserta la población extranjera se han utilizado las **Altas Laborales a la Seguridad Social**. En ellas se registran todos aquellos foráneos que tienen un contrato laboral, independientemente del tipo de régimen con el que hayan entrado al país.

3) Encuesta de Población Activa (EPA)

La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación por muestreo de periodicidad trimestral, dirigida a la población que reside en viviendas familiares del territorio nacional y cuya finalidad es averiguar las características de dicha población en relación con el mercado de trabajo. Los entrevistadores del Instituto Nacional de Estadística se ponen en contacto, personal o telefónico, con las viviendas seleccionadas para formar parte de la muestra y recogen la información de las personas que residen en ellas. La finalidad principal de la Encuesta de Población Activa (EPA) es conocer la actividad económica en lo relativo a su componente humano. Está orientada a dar datos de las principales categorías poblacionales en relación con el mercado de trabajo (ocupados, parados, activos, inactivos) y a obtener clasificaciones de estas categorías según diversas características. También posibilita confeccionar series temporales homogéneas de resultados. Por último, al ser las definiciones y criterios utilizados coherentes con los establecidos por los organismos internacionales que se ocupan de temas laborales, permite la comparación con datos de otros países. Se obtienen resultados detallados para el conjunto nacional. Para las comunidades autónomas y las provincias se ofrece información sobre las principales características con el grado de desagregación que permite el coeficiente de variación de los estimadores.

La metodología de la encuesta se ha modificado en el primer trimestre de 2005 por varias causas: la necesidad de adecuarse a la nueva realidad demográfica y laboral de nuestro país, debida especialmente al aumento del número de extranjeros residentes; la incorporación de la nueva normativa europea siguiendo las normas de la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT); y por último, la introducción de mejoras en el método de recogida.

4) Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud es una operación estadística en forma de macro-encuesta (79.000 viviendas y 220.000 personas aproximadamente) que da respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales.

La encuesta cubre buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

La metodología sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y en particular la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, vigente en el año de realización de la encuesta.

5) Encuesta Apoyo Informal a las Personas Mayores. Estudio 4178

Encuesta financiada por el IMSERSO cuyo fichero de datos se encuentra en la página web del Portal Mayores (<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>). Se dirige a dos colectivos:

- a) Módulo principal. Entrevistas realizadas a parientes o allegados cuidadores de personas mayores. Se realizaron 1.507 entrevistas.
- b) Módulo Empleados de Hogar. Entrevistas realizadas en hogares en los que se ha contratado una empleada de hogar para realizar las tareas de cuidados. La muestra en este caso es de 207 entrevistas.

Los objetivos de esta encuesta han sido los siguientes:

- Estimar el número de personas mayores de 18 años que prestan apoyo informal no remunerado a una persona mayor y el número de personas mayores de 18 años que prestan apoyo profesional a las personas mayores, como trabajadores por cuenta de la familia.
- Establecer el perfil sociodemográfico del cuidador informal y del cuidador contratado por cuenta de la familia.
- Conocer las características de las personas mayores cuidadas.
- Conocer las características del apoyo prestado a los mayores: tiempo, frecuencia y naturaleza.
- Analizar las consecuencias para el cuidador: psicosociales, laborales y económicas.
- Establecer las expectativas y necesidades de formación, apoyo y reconocimiento de los cuidadores.
- Comparar la situación actual con la existente en 1994.

Esta encuesta es la única realizada en España que recoge la situación de los empleados de hogar que trabajan en el cuidado de personas mayores y que reconoce esta actividad como una tarea independiente de las tareas del hogar. El único problema metodológico es que al efectuarse tan sólo 207 entrevistas los datos no pueden desagregarse a nivel de Comunidad Autónoma.

6) Censo de Población y Viviendas

Las cifras de población del Censo tienen una consideración puramente estadística, es decir, no son cifras oficiales de población. Las cifras oficiales son las que se derivan del procedimiento de gestión de los padrones municipales, y que se publican anualmente, con referencia a 1 de enero, mediante Real Decreto a propuesta de la Presidencia del INE y con el informe vinculante del Consejo de Empadronamiento.

Casi todos los países del mundo realizan periódicamente un Censo de Población en el que se recoge información sobre las características sociodemográficas de toda la población residente en el país. En España se realizan, por imperativo legal, cada diez años los Censos de Población y Viviendas. Su objetivo principal es determinar el número de habitantes, viviendas y edificios del Estado y de sus diversas áreas geográficas y administrativas.

7) Padrón Municipal de Habitantes

El Padrón municipal es el registro administrativo donde constan los ciudadanos de cada municipio. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponden a los respectivos ayuntamientos y de su actualización se obtiene la Revisión del Padrón municipal con referencia al 1 de enero de cada año.

En el año 1996 se llevó a cabo una modificación de la normativa padronal, quedando establecido un nuevo sistema de gestión continua e informatizada de los Padrones municipales, basado en la coordinación de todos ellos por parte del Instituto Nacional de Estadística. En virtud de la mencionada normativa, en el año 1996 se llevó a cabo la última Renovación padronal con referencia al 1 de mayo, punto de arranque del nuevo sistema de gestión padronal, siendo la Revisión a 1 de enero de 1998 la primera actualización en llevarse a cabo de acuerdo al nuevo sistema.

A partir de ese momento se obtienen cifras oficiales de población con carácter anual, a diferencia de lo que sucedía anteriormente en que sólo se publicaban cifras oficiales cada cinco años con ocasión de los Censos de Población, realizados cada diez años, o las Renovaciones Padronales, que se efectuaban cada cinco (estas últimas han quedado suprimidas con el nuevo sistema de gestión padronal).

La explotación estadística del Padrón a la misma fecha, 1 de enero, se realiza a partir del fichero derivado de la base padronal del INE del que se obtiene la propuesta de las cifras oficiales, depurándose las variables básicas que contiene el Padrón susceptibles de explotación estadística. Se realizan cruces por: lugar de residencia, sexo, edad, nacionalidad y lugar de nacimiento hasta un nivel de desagregación municipal y por sexo, nacionalidad y edad hasta el nivel de sección censal.

8) Estadística de Variaciones Residenciales (EVR)

La **Estadística de variaciones residenciales** se elabora por el INE a partir de la explotación de la información relativa a las altas y bajas en los padrones municipales de habitantes motivadas por cambios de residencia.

Se obtienen así los flujos migratorios anuales tanto los interiores, entre los diferentes municipios de España, como los exteriores, entre municipios de España y el extranjero.

9) Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas del Movimiento Natural de la Población se refieren básicamente a los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en territorio español. Se elaboran en colaboración con las comunidades autónomas. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían a las delegaciones del INE mensualmente los boletines de parto, matrimonio y defunción.

Bibliografía

ABRAMOVITZ, M. (1989), *Regulating the Lives of Women: Social Welfare Policy from Colonial Times to Present*, Boston, MA South End Press.

ADELANTADO, J. et al. (2000), "El marco de análisis: las relaciones completas entre estructura social y políticas sociales", en ADELANTADO, J. (coord.), *Cambios en el Estado de Bienestar: políticas sociales y desigualdades en España*, Barcelona, Icaria: 1-27.

AGUILAR, M. et al. (2002), *La atención a domicilio en Navarra*, Pamplona, Gobierno de Navarra.

AGUSTÍN, L. (2003), "A Migrant World of Services", *Social Politics*, 10(3): 377-396.

AGUSTÍN, L. (2000), "Trabajar en la industria del sexo", *Ofrim/Suplementos: Mercado laboral e inmigración*, 6: 157-172.

ALONSO, J. (1998), "El Estado de Bienestar en España", *Política y Sociedad*, 29:107-117.

ALONSO, L.E. (1992), "Postfordismo, fragmentación social y crisis de los nuevos movimientos sociales", *Sociología del Trabajo*, 16: 118-141.

ANDALL, J. (2000), "Organizing Domestic Workers in Italy: the Challenge of Gender, Class and Ethnicity", en ANTHIAS, F. y LAZARIDIS, G. (eds.), *Gender and Migration in Southern Europe. Women on the Move*, Oxford, Berg: 145-171.

ANDERSON, B. (2006), "A very Private Business: Migration and Domestic Work", *Working Paper n° 28*, Centre of Migration, Policy and Society (extraído en enero 2007 <http://www.compas.ox.ac.uk/publications/Working%20papers/Bridget%20Anderson%20WP0628.pdf>).

ANDERSON, B. (2000), *Doing the Dirty Work: The Global Politics of Domestic Labour*, London, Zed Books.

ANDERSON, B. (1999), "Overseas Domestic Workers in the European Union: Invisible Women", en MOMSEN, J.H. (ed.), *Gender, Migration and Domestic Service*, London, Routledge: 117-133.

ANDERSON, B. y A. PHIZACKLEA (1997b), *Migrant Domestic Workers: a European Perspective*, Report to the Equal Opportunities Unit, DGV, Comission of the European Communities, Department of Sociology, Leicester University.

ARBER, S. y J. GINN (1992), "Class and Caring: a Forgotten Dimension", *Sociology*, 26(4): 619-634.

BADGETT, M.V. y N. FOLBRE (1999), "¿Quién cuida de los demás? Normas sociosexuales y consecuencias económicas", *Revista Internacional del Trabajo*, 18(3): 347-365.

- BECKER, G. (1987), *Tratado sobre la familia*, Madrid, Alianza Universidad.
- BELL, D. (1992), *El fin de las ideologías sobre el agotamiento de las ideas políticas en los años cincuenta*, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- BERJANO et al. (2005), "El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad Valenciana", en IMSERSO, *Cuidado a la dependencia e inmigración*, Madrid, IMSERSO: 127-231.
- BERTRAND, J.R. (1992), *A poboación de Galicia. Estudos Xeográficos*, Santiago de Compostela, Universidade de Santiago de Compostela.
- BILBAO, A. (1998), "Modelo socioeconómico y organización de las relaciones laborales", en CASTILLO, C. (coord.), *Economía, organización y trabajo*, Barcelona, Pirámide: 229-253.
- BOCK, G. (2002), *Women in European History*, London, Blackwell.
- BONETE, R. (2007), "Desigualdades económicas regionales en España", *Temas para el Debate*, nº153-154: 31-33.
- BORDERÍAS et al. (1994), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Madrid, Economía Crítica.
- BRIGGS, A. (1983), *Who Cares?, The Report of a Door to Door Survey into the Numbers and needs of people caring for Elderly Relatives*, London, Association of Carers.
- BROOM, L. Y J.H. SMITH (1963), "Bridging Occupations", *British Journal of Sociology*, 14: 321-334.
- BUSSEMAKER, J. y K. VAN KERSBERGEN (1994), "Gender and Welfare States: some Theoretical Reflections", en SAINSBURY, D. (ed.), *Gendering Welfare States*, London, Sage: 17-46
- CAGIAO, P. (1991), Muller e inmigración, Colección "A nosa diáspora", Santiago de Compostela, Xunta de Galicia.
- CANCIAN, F. (2000), "Paid Emotional Care", en HARRINTONG, M. (ed.), *Care Work, Gender Labour and the Welfare State*, New York, Routledge: 136-148.
- CAMPO, M.J. (2000), *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CARBY, H. (1982), "White Women Listen! Black Feminism and the Boundaries of Sisterhood", en University of Birmingham Centre for Contemporary Cultural Studies (ed.), *The Empire Strikes Back: Race and Racism in 70's in Britain*, London, Hutchinson: 212-235.

CARRASCO, C. (1997), *Mujeres, trabajos y políticas sociales: una aproximación al caso español*, Madrid, Instituto de la Mujer.

CASTLES, F. (2004), *The Future of the Welfare State: Crisis Myths and Crisis Realities*, Oxford, Oxford University Press.

CASTLES, S. y MILLER, M. (1993), *The Age of Migration*, New York, The Guilford Press.

CES (2006), *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España*, Madrid, Consejo Económico y Social.

CES (2003), *Segundo informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*, Madrid, CES.

CHURRUCA, M. F. (2002), *Guía del servicio doméstico*, Madrid, Espasa Calpe.

CIS (2004), *Barómetro de Noviembre de 2004*, (extraído en marzo 2005 de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2580_2599/ES2581.pdf)

COLECTIVO IOÉ (2001), *Mujer, inmigración y trabajo*, Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

COLECTIVO IOÉ (2005), “El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid” en IMSERSO (ed.), *Cuidado a la dependencia e inmigración*, Madrid, IMSERSO: 233-370.

CONCELLO DE A CORUÑA (2006), *Memoria de gestión 2005. Servicios sociales. Red de Programas y Centros* (inédito).

CONCELLO DE A CORUÑA (2004), *Memoria de gestión 2003. Servicios sociales. Red de Programas y Centros* (extraído en noviembre de 2005 de <http://aytolacoruna.es>)

CONSEJO DE EUROPA (1998), *Recomendación N°R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia* (extraído en septiembre de 2005 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989.01.pdf>)

COMISIÓN EUROPEA (1993), *Libro Verde de la política social europea*, Luxemburgo, Dirección General de Empleo.

COUSINS, C. (1995), “Women and social policy in Spain: the development of a gendered welfare regime”, *Journal of European Social Policy*, 5(3): 175-197

CROMPTON, R. (1999a), “The Decline of the Male Breadwinner: Explanations and Interpretations”, en CROMPTON, R. (ed.), *Restructuring Gender Relations and Employment. The Decline of the Male Breadwinner*, New York, Oxford University Press: 1-25.

CROMPTON, R. y F. HARRIS (1999b), “Attitudes, Women’s Employment, and the Changing Domestic Division of Labour: a Cross-National Analysis”, en CROMPTON,

- R. (ed.), *Restructuring Gender Relations and Employment. The Decline of the Male Breadwinner*, New York, Oxford University Press: 105-127.
- CRUZ ROJA (2004), *Hogares, cuidados y fronteras... derechos de las mujeres inmigrantes y conciliación*, Madrid, Traficantes de Sueños.
- DALY, M. (1994), "Comparing welfare states: towards a gender friendly approach", en SAINSBURY, D. (ed.), *Gendering Welfare States*, London, Sage: 101-117.
- DAVIDOFF, L. y C. HALL (1987), *Fortunas Familiares*, Madrid, Ediciones Cátedra.
- DAVIS, A. (1983), *Women, Race and Class*, New York, Random.
- DAVIS, K. (1937), "Reproductive Institutions and the Pressure of Population", *Population and Development Review*, 23(3): 611-624 (publicado en 1997).
- DE CASTRO, R. (1993), *Follas Novas*, Vigo, Galaxia.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid, Defensor del Pueblo.
- D'ENTREMONT, A. (1981), "Dinámica demográfica de Navarra, 1950-1975", *Estudios de Geografía. Homenaje a Alfredo Floristán*: 141-148
- DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD (1997), *Plan Gerontológico de Navarra, 1997-2000*, Pamplona, Gobierno de Navarra.
- DÍAZ, M. y TOBÍO, C. (2005), "¿Una nueva organización familiar? Madres trabajadoras y servicio doméstico inmigrante: percepciones e implicaciones", *Revista de Juventud*, 67: 127-144.
- DILL, B. (1983), "Race, Class and Gender: Prospects for an All-Inclusive Sisterhood", *Feminist Studies*, 9(2): 131-150.
- DUBERT, I. (1999), "Domestic Service and Social Modernization in Urban Galicia, 1752-1920", *Continuity and Change*, 14(2):207-226.
- DURÁN, M.A. (2002), *Los costes invisibles de la enfermedad*, Bilbao, Fundación BBVA.
- DURKHEIM, E. (1893), *De la division du travail social* (edición castellano, 2001, *La división del trabajo social*, Madrid, Akal).
- DWYER, J. y R. COWARD (1992), "Gender, Family and Long-Term Care of the Elderly", en DWYER, J. y R. COWARD (eds.), *Gender, Families and Elder Care*, London, Sage Publications: 3-16.
- EIRAS, A. (1998), "La población de Galicia, 1600-1860" en VV.AA., *Consecuencias de la transición demográfica*, A Coruña, Fundación Caixa Galicia: 23-41.

EIRAS, A. y O. REY (1992), *Los Gallegos y América*, Madrid, MAPFRE.

EIRAS, A. (1989), "Sobre las motivaciones de la emigración gallega a América y otros aspectos", *Revista Galega do Quinto Centenario*, 2.

ENGELS, F. (1884), *Ursprung der Familie, des Privateigentum und des Staates*, (edición castellano, 1985, *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*, Madrid, Fundamentos).

EHREINREICH, B. y A.R. HOSCHILD (2004), *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, New York, Henry Holt and Company.

ESCRIVÁ, A. y E. SKINNER (2007), "Domestic Work and Transnational Care Chains in Spain", en LUTZ, H. (ed.), *Migration and Domestic Work: a European Perspective on a Global Theme*, (en prensa).

ESPING-ANDERSEN, G. (1998), *The Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, University Press (edición castellano, 2000a, *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona, Ariel).

ESPING-ANDERSEN, G. (2000b), "La reconstrucción de los Estados de Bienestar en Europa", en HERCE, J.A. y J.F. JIMENO (coord.), *Mercado de Trabajo, Inmigración y Estado del Bienestar*, Sevilla, FEDEA: 73-97

ESPING-ANDERSEN, G. (1999), "Trabajo, familia y Estado de Bienestar", en CASTELLS, M. y G. ESPING-ANDERSEN, *La transformación del trabajo*, Colomers, Los Libros de la Factoría: 123-170.

ESPING-ANDERSEN, G. (1996), "Economías globales, nuevas tendencias demográficas y familias en transformación: ¿actual caballo de Troya del Estado de Bienestar?", en ÁLVAREZ-MIRANDA, B. et al. (ed.), *Dilemas del Estado de Bienestar*, Madrid, Fundación Argentaria: 349-362.

ESPING-ANDERSEN, G. (1997), "Welfare states at the end of the century: the impact of labour market, family and demographic change", en HENNESY, P. y PEARSON, M. (ed.), *Family, market and community. Equity and efficiency in social policy*, París, OECD: 63-80

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press (edición castellano, 1993, *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Valencia, Alfons El Magnanim).

FERRÁS, C. (1996), *Cambio rural na Europa Atlántica. Os casos de Irlanda e Galicia, 1970-1990*, Santiago de Compostela, Universidade de Santiago de Compostela.

FERRERA, M. (1996), "The Southern Model of Welfare in Social Europe", *Journal of European Social Policy*, 6(1): 17-37.

FERRERA, M. (1995), "Los estados del bienestar del sur en la Europa Social", en SARASA, S. y L. MORENO (eds.), *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC: 85-111.

FINCH, J. (1993), "The Concept of Caring: Feminist and Other Perspective", en TWIGG, J. (ed.), *Informal Care in Europe*, York, University of York: 5-22.

FINCH, J. y D. GROVES (1983), "Natural Selection: Perspectives on Entitlement to the Invalidated Care Allowance", en FINCH, J. y D. GROVES (eds.), *A Labour of Love: women, work and caring*, London, RKP: 148-166.

FINCH, J. y D. GROVES (1980), "Community Care and the Family: a Case for Equal Opportunities", *Journal of Social Policy*, 9(4):487-511.

FLAQUER, L. (1995), "El modelo de familia española en el contexto europeo", en SARASA, S. y L. MORENO (eds.), *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC: 289-311.

FROMM, E. et al. (1970), *La familia*, Península, Barcelona.

FOLBRE, N. (1997), "The Future of the Elephant Bird", *Population and Development Review*, 23(3): 647-654.

FOX, B. (1993), "The Rise and Fall of the Breadwinner: Homemaker Family" en FOX, B. (ed.), *Family Patterns. Gender Relations*, Canada, Oxford University Press: 147-157.

GIL CALVO, E. (2002), "Emancipación tardía y estrategia familiar. El caso de los hijos que ni se casan ni se van de casa", *Estudios de Juventud*, 58 (extraído en noviembre 2004 de <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=202524345>)

GINER, S. (1985), "Political Economy, Legitimization and the State in the Southern Europe", en HUDSON, R. y J. LEWIS (eds.), *Uneven Development in Southern Europe: Studies of Accumulation, Class Migration and the State*, London, Methuen.

GLENN, E. (1985), "Racial Ethnic Women's Labour: the Intersection of Race, Gender and Class Oppression", *Review of Radical Political Economics*, 17: 86-108.

GOBIERNO DE NAVARRA, (1997), *Plan Gerontológico de Navarra, 1997-2000*, Pamplona, Departamento de Bienestar Social, Juventud y Deporte.

GRAHAM, H. (1991), "The Concept of Caring in Feminist Research: the Case of Domestic Service", *Sociology*, 25(1):61-78.

GRAHAM, H. (1983), "Caring: a Labour of Love", en FINH, J. y D. GROVES (eds.), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London, RKP: 13-30.

GRAHAM, H. (1979), "Prevention in Health: Every Mothers "Business": a comment on child health policies in the seventies", en HARRIS, C. (ed.), *The Sociology of the Family: New Directions for Britain, Sociological Review Monograph*, 28, Keele, University of Keele.

- GRANDE, I. (2002), *Servicio de Atención a Domicilio. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pamplona. Estudio de Indicadores* (inédito).
- GREGORIO, C. (1998), *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*, Narcea, Madrid.
- GUERRERO, D. y M. GUERRERO (2000), "Desempleo, Keynesianismo y Teoría Laboral del Valor", *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 1: 223-238 (extraído en noviembre 2004 de <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/cps/11308001/articulos/POSO0101130223A.PDF>)
- GOUGH, I. (1982), *La economía política del Estado de Bienestar*, Madrid, Blume.
- GUILLÉN, A. (1997), "Regímenes del bienestar y roles familiares: un análisis del caso español", *Papers*, 53: 45-63.
- HERNES, H. (1987), *Welfare State and Woman Power: Essays in State Feminism*, Oslo, Norwegian University Press (edición castellano, 1990, El poder de las mujeres y el estado del bienestar, Madrid, Vindicación Feminista).
- HOCHSCHILD, A. (2000), "Global Care and Chains and Emotional Surplus Value", en HUTTON, W. y A. GIDDENS (eds.), *On the Edge: Living with Global Capitalism*, London, Jonathan Cape: 130-146.
- HOCHSCHILD, A. (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Humans Feelings*, Berkeley, University of California.
- HONDAGNEU-SOTELO, P. y E. AVILA (1997), "I'm here, but I'm there: the meanings of Latina Transnational Motherhood", *Gender and society*, 2 (5): 548-571.
- HOOKS, B. (1981), *Ain't a Woman: Black Women and Feminism*, London, Pluto: Press.
- HUBER, M. (2005), *Data on Long-term care: services, eligibility and recipients*, París, OCDE.
- IMSERSO (2006), *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias* (extraído en febrero 2007 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/estudiosyresultados/perfiles/boletinsobre envejec22.pdf>)
- IMSERSO (2005a), *Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, IMSERSO.
- IMSERSO (2005b), *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid, IMSERSO.
- IMSERSO (2005c), *Cuidado a la dependencia e inmigración*, Madrid, IMSERSO.
- IMSERSO (2004a), *Apoyo informal a las personas mayores. Estudio 4178* (extraído en septiembre 2005 de <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>)

IMSERO (2004b), *Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores* (extraído en septiembre de 2005 de www.imfersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas)

GAUR, CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS (1975), *La situación de los ancianos en España: Informe Gaur*, Madrid, Confederación española de Cajas de Ahorro.

INE (2005), *Anuario Estadístico de España*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

INE (2002), *Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y estado de salud, 1999: resultados detallados*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística y Fundación ONCE.

INE (1987), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: año 1986*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

INSERSO (1993), *Plan Gerontológico*, Madrid, IMSERSO.

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (2005), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2007 de www.cfnavarra.es/inbs)

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (2004), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2007 de www.cfnavarra.es/inbs)

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (2003), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2007 de www.cfnavarra.es/inbs)

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (2002), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2007 de www.cfnavarra.es/inbs)

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (2001), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2002 de www.cfnavarra.es/inbs)

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (2000), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2002 de www.cfnavarra.es/inbs)

INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL (1999), *Memoria de actividades del Instituto Navarro de Bienestar Social* (extraído en enero 2002 de www.cfnavarra.es/inbs)

IZQUIERDO, A. (2006a), *Demografía de los extranjeros. Incidencia en el crecimiento de la población*, Madrid, Fundación BBVA.

IZQUIERDO, A. (2006b), *Los Mayores en A Coruña 2006*, A Coruña, Concello de A Coruña.

- IZQUIERDO, A. et al. (2003), "The Favourites of the Twenty-First Century: Latin American Immigration in Spain", *Studi Emigrazione*, 149: 98-124.
- IZQUIERDO, A. y D. LÓPEZ (2000), "La política de extranjería y el control de los flujos migratorios en España", *Economistas*, 86:82-95.
- JAMES, N. (1989), "Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feelings", *Sociological Review*, 37: 15-42.
- JIMÉNEZ, A. y A. HUETE (2003), *La discapacidad en España. Datos estadísticos. Aproximación desde la Encuesta de deficiencias, discapacidades y estado de salud*, Madrid, Centro de Documentación sobre Discapacidad.
- JIMÉNEZ, M. (1958), *La población de Navarra*, Pamplona, Institución Príncipe de Viana.
- JIMÉNEZ-RIDRUEJO, Z. (2007), "Desigualdades personales y territoriales en España", *Temas para el Debate*, nº153-154: 37-40.
- KALUZYNSKA, E. (1980), "Wiping the Floor with Theory-a Survey or Writings on Housework", *Feminist Review*, 6:27-54.
- KATROUGALOS, G. (1996), "The South European Welfare Model: the Greek Welfare State, in search of an identity", *Journal of European Social Policy*, 6(1): 39-60.
- KING, R. y E. ZONTINI (2000), "The Role of Gender in the South European Immigration Model", *Papers*, 60: 35-52.
- KORPI, W. (1980), "Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies: A Preliminary Comparative Framework", *European Politics*, 3(3): 296-316.
- KOSONEN, P. (1994), *European Integration: a Welfare State Perspective*, Helsinki, University of Helsinki, Sociology of Law Series, 8.
- LAND, H. y H. ROSE (1985), "Compulsory Altruism for some on an Altruistic Society for All?", en BEAN, P. et al (eds.), *In Defence of Welfare*, London, Tavistock.
- LANGAN, M. y I. OSTNER (1991), "Gender and Welfare Towards a Comparative Framework", en ROOM, G. (ed.), *Towards an European Welfare State?*, Bristol, SAUS.
- LEIBFRIED, S. (1992), "Towards a European Welfare State? On integrating Poverty Regimes into the European Community", en FERGE, Z. y J. KOLBERG (eds.), *Social Policy in a Changing Europe*, Boluder, CO: Westview.
- LEIRA, A. (1993), "Mothers, Markets and the State: A Scandinavian Model?", *Journal of Social Policy*, 22(3):329-347.
- LEIRA, A. (1993), "Concepts of Care: Loving, Thinking and Doing", en TWIGG, J. (ed.), *Informal Care in Europe*, York, University of York: 23-39.

- LESSENICH, S. (1996), "España y los "regímenes" del Estado de Bienestar", *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 13: 147-161.
- LEWIS, J. (1992), "Gender and development of welfare regimes", *Journal of European Social Policy*, 2(3): 159-173.
- LÓPEZ, J.A. (1996), *La población de Galicia 1860-1991. Crecimiento, movimiento natural y estructura de la población*, A Coruña, Fundación Caixa Galicia.
- LÓPEZ, D. (2006), "El impacto de la inmigración extranjera en las regiones españolas", en LEAL, J. (ed.), *La dimensión regional de la demografía española*, Madrid, Fundación Fernando Abril Martorell
- LÓPEZ, D. y A. IZQUIERDO (2005), "Inmigración y población: incidencia de la población extranjera en el crecimiento de la población de Navarra", en ANDUEZA, I. et al., *El impacto de la inmigración en una sociedad que se transforma*, Pamplona, Dirección General de Bienestar Social: 35-75.
- LOSADA, A. (2000), "Les effets des mouvements migratoires sur les structures par ages. La Galicie au XXe siècle", *Cahiers des Annales de Demographie Historique*, 2:55-69.
- MACINNES, J. (2003a), "La sociología de la familia y la fecundidad: algunas contribuciones clásicas y su relevancia contemporánea", *Papers*, 226 (extraído en noviembre 2004 de <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text226.pdf>)
- MACINNES, J. (2003b), "Sociology and Demography: a Promising Relationship? Women's Employment, Parental Identity and Fertility in Europe. An Analysis of the Family and Gender Roles", *Papers*, 234 (extraído en noviembre de 2004 de <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text234.pdf>).
- MAGDOFF, H. (1998), "A letter to a contributor: the same old state", *Monthly Review*, 49(8).
- MARCOTEGUI, A. y F. MIKELARENA (2000), "Evolución de la población y cambios demográficos en Navarra durante el siglo XX", *Gerónimo de Uztariz*, 16:125-138.
- MARTÍNEZ, R. (2007), *Informe preliminar. Análisis de la población dependiente en Galicia y detección de sus necesidades asistenciales*, Santiago de Compostela, Escola Galega de Administración Pública (en prensa).
- MARTÍNEZ, R. y M. VILLARES (2006), "Contextos de llegada e instalación" en IZQUIERDO, A. (dir.), *Demografía de los extranjeros. Incidencia en el crecimiento de la población*, Madrid, Fundación BBVA: 137-236.
- MARTÍNEZ, R. (2005), "El cuidado de ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento", *Panorama Social*, 2: 86-97
- MARTÍNEZ, R. (2003), "La reciente inmigración latinoamericana en España", *Serie Población y Desarrollo*, 40, Santiago de Chile, CEPAL-ONU.

MARTÍNEZ VEIGA, U. (2004), *Trabajadores invisibles. Precariedad, rotación y pobreza de la inmigración en España*, Madrid, Catarata.

MARTÍNEZ VEIGA, U. (2000), "Evolución y clasificación del trabajo doméstico inmigrante, *Ofrim Suplementos*, junio: 76-96.

MILANO, S. (1990), *Los ingresos mínimos garantizados en la C.E.E.*, Vitoria – Gasteiz, Departamento de Trabajo y Seguridad Social, Gobierno Vasco.

MILLAR, J. (1999), "Obligations and Autonomy in Social Welfare", en CROMPTON, R. (ed.), *Restructuring Gender Relations and Employment. The Decline of the Male Breadwinner*, New York, Oxford University Press: 26-39.

MONTAGUT, M. y S. SARASA (1995), "Teoria Social i Estat del Benestar", *Revista Catalana de Sociologia*, 1/95: 47-76.

MORENO, L. (2003), *Bienestar mediterráneo y supermujeres*, Documento de Trabajo 03-09, Unidad de Políticas Comparadas, Madrid, CSIC (extraído en enero de 2005 de <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0309.pdf>).

MORENO, L. (2001), "La vía media española del modelo de bienestar mediterráneo", *Papers*, 63/64: 67-82

MORENO, L. (2000), *Ciudadanos precarios. La última red de protección social*, Barcelona, Ariel.

MOROKVASIC, M. (1984), "Birds of Passage are also Women", *International Migration Review*, 18(4):886-907.

MOYA, J. (2007), "Domestic Service in a Global Perspective: Gender, Migration and Ethnic Niches", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(4): 559-579.

MYRDAL, A. (1941), *Nation and Family*, Cambridge, Mass MIT Press.

NACIONES UNIDAS (1982), *Plan de acción internacional sobre el envejecimiento*, I Asamblea Mundial del Envejecimiento, Viena, Naciones Unidas.

NAVARRO, V. (2002), *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*, Madrid, Anagrama.

OACKLEY, A. (1974), *The Sociology of Housework*, London, Martin Robertson.

OCDE (2006), *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision*, New York, United Nations.

OCDE (2004), *Tendances des migrations internationales: rapport annuel, 2003*, París, OCDE.

O'CONNOR, J. (1996), "From Women in the Welfare State to Gendering Welfare State Regimes", *Current Sociology*, 44 (2): 1-130.

- OFFE, C. (1984), *Contradictions of the Welfare State*, London, Hutchinson.
- OFFE, C. (1980), "The Separation of Form and Content in Liberal Democratic Politics", *Studies in Political Economy*, 3.
- OMS (2001), *Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (extraído en enero 2005 de <http://www.who.int/classifications/icf/site/icftemplate.cfm>)
- ONU (2001), *Replacement Migration. Is it a solution to declining and ageing populations?*, New York, United Nations Publications
- ORLOFF, A.S. (1993), "Gender and the Social Rights of the Citizenship: the Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States", *American Sociological Review*, 4: 303-328.
- OSO, L. y J.P. GARSON (2005), "The feminisation of International Migration", en OECD y European Commission Seminar, *Migrant Women and the Labour Market: Diversity and Challenges*, Brussels.
- OSO, L. (2003), « The New Migratory Space in Southern Europe : the Case of Colombian sex workers in Spain » en MOROKVASIC, M. y K. SHINOZAKI (eds.), *Crossing Borders and Shifting Boundaries*, Alemania, Opladen: 207-227.
- OSO, L. (2002), "Stratégies de mobilité sociale des domestiques immigrées en Espagne", *Revue Tiers Monde*, 170: 288-305
- OSO, L. (2001), *Domestiques, concierges et prostituées : migration et mobilité social de femmes immigrées espagnoles à Paris, équatoriennes et colombiennes en Espagne*, thèse Doctoral, IEDES-Université de Paris I – Panthéon Sorbonne.
- OSO, L. (1998), *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- OSO, L. y CATARINO, C. (1997), « Les effects de la migration sur le statut des femmes : le cas des Dominicaines et des Marocaines à Madrid et des cap-verdiennes à Lisbonne », *Migrations Société*, 9(52): 115-130.
- PARÉLLA, S. (2003), *Mujer, inmigrante y trabajadora : la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.
- PARKER, R.A. (1981), « Tending and Social Policy », en GOLBERG, E.M. y S. HATCH (eds.), *A New Look at the Personal Social Services*. Policy Studies Discussion Paper, London, University College.
- PATEMAN, C. (2000), "El Estado de Bienestar patriarcal", *Contextos*, 2(5).
- PALACIOS, E. y A. ABELLÁN (2006), "Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España", en PUYOL, R. y A. ABELLÁN (coord.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*, Madrid, Mundial Assistance: 223-234.

- PARREÑAS, R. (2001), *Servants of Globalization: Woman, Migration and Domestic Work*, California, Stanford University Press.
- PATEMAN, C. (1988), *The Sexual Contract*, Cambridge, Polity Press (edición castellana, 1995, *El contrato sexual*, Barcelona, Anthropos).
- PLATZER, E. (2006), "From Private Solutions to Public Responsibility and Back Again: The New Domestic Service in Sweden", *Gender & History*, 18: 211-221.
- PRECEDO, A. (1999), *Informe demográfico de Galicia*, A Coruña, Fundación Caixa Galicia.
- POLANYI, K. (1944), *The Great Transformation*, Boston, Bacon Press (edición castellana, 1989, *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*, Madrid, La Piqueta).
- PORTO, F. y P. RODRÍGUEZ (1998), *Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*, Madrid, IMSERSO.
- PORTO, F. et al. (1998), "La implantación territorial del SAD", en IMSERSO, *Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España*, Madrid, IMSERSO: 25-87.
- RAIJMAN, R. et al. (2003), "International Migration, Domestic Work, an Care Work: Undocumented Latina Migrants in Israel", *Gender & Society*, 17:727-749.
- RECAÑO, J. (2004), "Las migraciones internas de retorno en España durante la primera mitad de la década de los noventa: implicaciones demográficas y territoriales", *Papers de Demografia*, 243.
- RHODES, M. (1996): "Globalization and West European Welfare States: a critical review of recent debates", *Journal of European Social Policy*, 6 (4):305-327.
- RODRÍGUEZ, G. (2005), "La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España", *Panorama Social*, 2:21-33.
- RODRÍGUEZ, G. (2004), *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid, Fundamentos.
- RODRÍGUEZ, G. (1990), *El gasto público de los servicios sociales en España (1972/1988)*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- RODRÍGUEZ, C. (2005), "Nuevas iniciativas en la provisión de cuidados a las personas mayores. El cheque asistencial en la Comunidad Autónoma de Galicia", *Panorama Social*, 2:63-71.
- RODRÍGUEZ, P. (1998), "El problema de la dependencia en las personas mayores", *Documentación Social*, 112.

- RODRÍGUEZ, P. y C. VALDIVIESO (2003), *Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual para formación de auxiliares*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- ROLLINS, J. (1990), "Entre femmes. Les domestiques et leurs patronnes", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 84:63-77.
- SACO, A. (2004), "O despoboamento de Galicia", *Grial: Revista Galega de Cultura*, 162:13-17
- SAINSBURY, D. (1996), *Gender Equality and Welfare States*, New York, Cambridge University Press: 49-126.
- SAINSBURY, D. (1994), "Women's and Men's Social Rights: Gendering Dimensions of Welfare States", en SAINSBURY, D. (ed.), *Gendering Welfare States*, London, Sage Publications: 150-169.
- SÁNCHEZ, B. (1995), *Las causas de la emigración española, 1880-1930*, Madrid, Alianza.
- SANCHO, M. et al. (2007), *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO.
- SANCHO, M. et al. (2005), *Informe 2004. Las personas mayores en España*, Madrid, IMSERSO.
- SANCHO, M. et al. (2002), *Las personas mayores en España. Informe 2002*, Madrid, IMSERSO.
- SANCHO, M. y P. RODRÍGUEZ (2001), "Envejecimiento y protección social a la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro", *Revista de Intervención Psicosocial*, 10(3): 259-276
- SANCHO, M. et al. (2000), *Las personas mayores en España. Informe 2000*, Madrid, IMSERSO.
- SARACENO, C. (1995), "Familismo ambivalente y clientelismo categórico en el Estado de Bienestar italiano", en SARASA, S. y L. MORENO (eds.), *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC: 261-288.
- SARASA, S. (2007), "La atención a las personas adultas dependientes en España. Desigualdades territoriales y estratificación social", en NAVARRO, V. (dir.), *La situación social en España II*, Madrid, Fundación Largo Caballero.
- SARASA, S. (1993), *El servicio de lo social*, Madrid, INSERSO.
- SARASÚA, C. (1994), *Criados, nodrizos y amos el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, Madrid, Siglo XXI.

SARTI, R. (2006a), "Forum: Domestic Service Since 1750. Introduction", *Gender & History*, 18: 187-198

SARTI, R. (2006b), "Domestic Service: Past and Present in Southern and Northern Europe", *Gender & History*, 18: 222-245.

SARTI, R. (2005a): "Who are servants? The answers given in different historical periods (16th-20th centuries)" en PASLEAU, S. y I. SHOPPING (eds.), *Proceedings of the Servant Project*, vol. II, Seminar in Oslo (forthcoming).

SARTI, R. (2005b), *Conclusion. Domestic Service and European Identity* (extraído en enero 2006 de http://www.uniurb.it/scipol/drs_servant_project_conclusion.pdf)

SARTI, R. (2004), "Noi abbiamo visto tante città, abbiamo un'altra cultura. Servizio domestico, migrazioni e identità di genere in Italia: uno sguardo di lungo periodo", *Polis*, 1: 17-46.

SCHROVER, M. et al. (2007), "Niches, Labour Market Segregation, Ethnicity and Gender", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(4): 529-540.

SIAROFF, A. (1994), "Work, Welfare and Gender Equality: A New Typology", en SAINSBURY, D. (ed.), *Gendering Welfare States*, London, Sage Publications: 82-100.

STEFONI, C., (2002), "Mujeres inmigrantes peruanas en Chile", *Papeles de Población*, 33:118-145.

THOMAS, C. (1993), "De-Constructing Concepts of Care", *Sociology*, 27(4):649-669.

TOBÍO, C. y M. DÍAZ (2007), "New Gendered Relationships: the Other in the Global Care Chain", *International Journal of Iberian Studies*, 20(1): 41-63.

TITMUSS, R.M. et al (1974), *Social Policy. An Introduction*, London, George Allen & Unwin (edición castellano, 1981, *Política Social*, Madrid, Ariel).

TRIGUEROS, I. y J. MONDRAGÓN (2002), *Manual de ayuda a domicilio. Formación teórico-práctica*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.

UNGERSON, C. (1999), "Personal Assistants and Disabled People: an Examination of a Hybrid Form of Work and Care", *Work, Employment & Society*, 13 (4): 583-600.

UNGERSON, C. (1990), *Gender and caring*, London, Wheatsheaf Harvester.

VALENTÍN, A. (1993), "Movimiento natural de la población. Su evolución en Navarra 1958-1989", *Boletín de Economía de Navarra Segunda Época*, 6:65-79.

VALIENTE, C. (1997), "¿Algo más que "ganadores del pan"? El papel de los hombres en el ámbito familiar en España (1975-1996), *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79: 221-243.

VAN DE KAA, D.J. (1988), "The Second Demographic Transition Revisited: Theories and Expectations", *Symposium on Population Change and European Society*, Florence, IUSSP.

VILÁ, A. (2001), "Normativa autonómica para personas mayores", en MARTÍNEZ, A. (coord.), *Gerontología y derecho: aspectos jurídicos y personas mayores*, Madrid, Editorial Médica Panamericana: 25-102.

VILLARES, R. (1996), *Historia da emigración galega a América*, A Coruña, Xunta de Galicia.

VV.AA. (1986), "Población", en MARTÍN, A. (dir.), *Gran Atlas de Navarra*, Pamplona, Caja de Ahorros de Navarra: 129-145.

WEBER, M. (1949), *The Methodology of the Social Sciences*, New York, Free Press.

WHITE, E. (1984), "Listening to the Voices of Black Feminism", *Radical America*, 18:7-26.

WAERNESS, K. (1987), "On the Rationality of Caring", en SHOWSTACK, A. (ed.), *Women and the State*, London, Hutchinson.

WALKER, A. (2001), "Cuidados comunitarios en Reino Unido", en SANCHO, M. (coord.), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, Madrid, IMSERSO.

WIDDING, L. (2004), "Gender, Care and Globalization as seen from Norway", en FAUVE-CHAMOUX, A. (ed.), *Domestic Service and the Formation of European Identity. Understanding the Globalization of Domestic Work, 16th-21st Centuries*, London, Peter Lang: 455-469.

XUNTA DE GALICIA (2004), *Informe de xestión da Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia.

XUNTA DE GALICIA (2001), *Plan Galego de Persoas Maiores, 2001-2006*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.

YERGIN, D. y J. STANISLAW (1999), *Pioneros y líderes de la globalización*, Buenos Aires, Printing Books: 33-104.

ANEXO

I.- Guión entrevistas en profundidad

Guión de las entrevistas en profundidad dirigidas a familias empleadoras

1) DECISIÓN DE CONTRATAR A UNA CUIDADORA INMIGRANTE:

- Percepción de la necesidad de una cuidadora.
- Motivo para la contratación de una persona inmigrante y no de una persona autóctona.
- Canales de información utilizados para la contratación: ONG's, asociaciones, redes personales...

2) DESAVENENCIAS QUE PUDO PROVOCAR EN LA FAMILIA LA TOMA DE ESTA DECISIÓN. Opinión de la familia sobre la decisión de contratar a una cuidadora inmigrante.

3) ¿QUIÉN REALIZABA ANTERIORMENTE LAS LABORES DE CUIDADO? Estructuración del cuidado de la persona mayor dentro de la familia.

4) COSTOS DE ESTAS TAREAS SOBRE LA FAMILIA Y LA CUIDADORA PRINCIPAL: materiales, psicológicos, sociales, de tiempo libre...

5) CARACTERÍSTICAS QUE SE BUSCABAN DE LA CUIDADORA: nacionalidad, edad, regularidad, formación, experiencia previa.

6) REPARTO DEL PAGO DEL SALARIO DE LA CUIDADORA DENTRO DE LA UNIDAD FAMILIAR.

7) CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL TRABAJO DE LA CUIDADORA: Salario, horario... ¿Cómo se han regulado estas características? Problemas y nuevas

sugerencias que se consideren oportunas. Características propias del trabajo: dar medicamentos, asear, hacer la comida...

- 8) ADAPTACIÓN DEL ANCIANO/A Y DE LA FAMILIA A LA PERSONA CUIDADORA: ¿Se han encontrado dificultades específicas por ser una inmigrante? Percepción del anciano sobre la cuidadora.

Guión entrevistas en profundidad dirigidas a cuidadoras inmigrantes

1) PROYECTO MIGRATORIO

- ¿En qué año llegó a España?
- ¿Tiene pensado regresar a su lugar de origen?
- ¿Ha reagrupado a algún familiar? ¿Tiene pensado hacerlo? ¿Cuándo?

2) ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE CUIDADOS DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES.

- ¿Cuál es el primer empleo que encontró al llegar a España?
- Canales de información para obtener este empleo y tiempo que tardó en encontrarlo desde su llegada a España.
- ¿Cuándo se marchó de su país tenía pensado trabajar cuidando ancianos? ¿Desearía cambiar de actividad?
- ¿Por qué cree que han empleado a una persona inmigrante y no a una autóctona?
- Experiencias en otros empleos

3) FORMACIÓN

- ¿Cuál era su ocupación en su país de origen?
- ¿Cuál es el nivel de estudios más alto alcanzado?
- Grado de satisfacción con este trabajo y cualificación.

- Formación en el ámbito de la atención personal y cuidados

4) CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO

- Descripción de las actividades a realizar en un día de trabajo
- Relación entre las actividades domésticas que realiza y el grado de dependencia del anciano.
- ¿Qué cualidades considera que debe tener un buen cuidador?
- Condiciones laborales: salario, días libres, vacaciones... Capacidad de negociación de las condiciones de trabajo.

5) ADAPTACIÓN A LA FAMILIA.

- Grado de dificultad en la adaptación a la familia. Posibles problemas psicológicos de la cuidadora y alteraciones de su estado de salud a causa del trabajo.
- Elementos principales de roce. ¿En qué momentos se hace más difícil la convivencia?
- ¿Nota costumbres muy diferentes en las familias españolas a las de su país? ¿El trato con los ancianos es distinto en su país de origen?

6) RELACIÓN CON EL ANCIANO

- Perspectiva de la cuidadora sobre la enfermedad del anciano. Características de la enfermedad del anciano y grado de dependencia.
- Relación del anciano con sus hijos y con la cuidadora.

Guión entrevistas en profundidad dirigidas a organizaciones del Tercer Sector

- 1) MOMENTO EN EL QUE SE EMPIEZA A TRABAJAR CON EL COLECTIVO INMIGRANTE.

- 2) ¿CUÁNDO SURGE LA BOLSA DE EMPLEO EN EL SECTOR DOMÉSTICO DE CUIDADOS? Características del funcionamiento de esta bolsa de empleo. Personas a las que está dirigida.
- 3) CARACTERÍSTICAS DE LAS CUIDADORAS DEMANDADAS POR LAS FAMILIAS (en cuanto a nacionalidad, formación, edad, regularidad, color de la piel, idioma...)
- 4) FUNCIONES DE LA ASOCIACIÓN CON RESPECTO A LA FAMILIA EMPLEADORA: Asesoramiento sobre las condiciones laborales, búsqueda de cuidadoras, mediación en caso de conflicto...
- 5) FUNCIONES DE LA ASOCIACIÓN CON RESPECTO A LA CUIDADORA: Formación en cuidados personales, asesoramiento jurídico y laboral, espacio de ocio, mediación con respecto a la familia empleadora...

II.- Glosario

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	“Actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se encuentran las actividades de autocuidado (lavarse, vestirse y desvestirse, acudir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar, realizar movimientos básicos como agacharse o inclinarse...) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas simples” (IMSERSO, 2005b).
Actividades de la Vida Diaria (AVD)	Conjunto de actividades que todo individuo debe poder desempeñar de manera autónoma dentro de su entorno habitual.
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Su ejecución implica estar en posesión de un mayor nivel de autonomía funcional que para el desempeño de las ABVD. Las AIVD se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y una interacción más difícil con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar...
Apoyo Informal	Conjunto de cuidados y de atención personal que se dispensa sin remuneración económica principalmente a través de la red de familiares, amigos o allegados de una persona dependiente.
Bolsa de empleo	Conjunto de ofertas y demandas laborales que son gestionadas por organizaciones pertenecientes al Tercer Sector.
Bolsa de empleo católica	Con este término se hace referencia a la bolsa de empleo destinada al sector doméstico de cuidados que es gestionada por instituciones eclesásticas y que se caracteriza por estar dirigida, principalmente, a inmigrantes irregulares.
Bolsa de empleo profesional	Aquella gestionada por organizaciones sindicales u otras organizaciones que dirigen sus ofertas laborales a inmigrantes en situación regular. Se caracteriza además por efectuar cursos de formación profesional en diferentes ámbitos laborales. Suelen ofrecer un servicio de orientación laboral para cambiar de empleo y sector de actividad.
Bolsa de empleo solidaria	Bolsa de empleo gestionada por organizaciones no gubernamentales, siendo su característica principal la recepción esporádica de ofertas y demandas de empleo. Los cursos de formación que imparten no son especializados ni están reglamentados.

Centros de Día	Recurso intermedio entre la atención a domicilio y la institucionalización en un centro gerontológico. Servicio destinado a personas dependientes que cuentan con apoyo familiar. Se procede al internamiento de la persona mayor en un centro durante unas horas y días a la semana con el fin de estimular su autonomía a partir de una serie de programas preventivos y estimuladores que le permitan retrasar el agravamiento de su dependencia. Se ofrece una atención integral al anciano y al mismo tiempo se apoya a las familias que así pueden conservar al mayor en el seno familiar. Su financiación corresponde al gobierno autonómico aunque han proliferado en los últimos años importantes instituciones privadas.
Cheque asistencial	Servicio que consiste en una serie de vales o bonos mediante los cuales la administración subvenciona la asistencia de las personas dependientes para que compren en el mercado privado el servicio de atención que necesitan.
Deficiencia	Manifestación de una enfermedad a nivel físico.
Dependencia	“Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad y la discapacidad, y ligadas a la falta de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Artículo 2 de la Ley 39/2006).
Discapacidad	Limitación en el desempeño de una o varias actividades a consecuencia de una enfermedad física, psíquica o sensorial.
Doméstica cuidadora	Persona que se dedica al sector doméstico de cuidados. Es contratada de forma verbal o por escrito dentro del servicio doméstico aunque en realidad su trabajo consiste en el desempeño de tareas de cuidados y en la realización de la limpieza del hogar en el que habita el receptor de la asistencia.
Edad media	Media aritmética de las edades de los individuos que componen una población. $\bar{X} = \sum (x+0,5) * P_{(x,x+1)} / \sum P_{(x,x+1)}$
Edad Media a la	Media aritmética de las edades a las que las mujeres tienen

Maternidad	<p>hijos, ponderada por las tasas específicas de fecundidad de cada grupo de edad.</p> $IMM = \sum (x+1/2) * f_{x,x+1} / \sum f_{x,x+1}$
Edad Media Primer Matrimonio	<p>Media aritmética de las edades a las que los solteros contraen matrimonio ponderada por las tasas específicas de nupcialidad de los solteros.</p> $IMMat = (\sum (x+1/2) * S_{x,x+1}) / \sum S_{x,x+1}$ <p>Donde $S_{x,x+1}$ = tasa específica de nupcialidad de los solteros por edades.</p>
Estado del Bienestar	<p>Conjunto de prestaciones y servicios sociales que definen la política social de un determinado territorio.</p>
Familia empleadora	<p>En esta investigación se utiliza el término “familia empleadora” para hacer referencia a aquellas familias que, de manera privada, y dentro del servicio doméstico contratan a una cuidadora de ancianos.</p>
Indicador sistema de pensiones	<p>Cociente entre la población potencial de jubilación y la población económicamente activa.</p> $Isp = Pt(60-64) / Pt(15-64) \times 100$
Índice de dependencia global	<p>Relación entre los grupos de población que son económicamente dependientes y el grupo de población potencialmente activa.</p> $Idg = [Pt(<20) + Pt(65y+)] / Pt(20-64) \times 100$
Índice de dependencia juvenil (=Índice de juventud)	<p>Relación entre la población joven y la población económicamente activa</p> $Idj = Pt(<20) / Pt(20-64) \times 100$
Índice de dependencia senil (=Índice de vejez)	<p>Relación entre la población mayor y la población económicamente activa.</p> $Iv = Pt(65y+) / Pt(20-64) \times 100$
Índice de envejecimiento	<p>Relación entre la población que supera los 64 años y aquella que está por debajo de los 20 años</p> $Ie = Pt(65y+) / Pt(<20) \times 100$
Índice de masculinidad	<p>Cociente entre la población masculina y la población femenina de un determinado territorio.</p> <p>Fórmula: $(Pm/Pf) \times 100$</p>
Índice de reemplazo de	<p>Relación entre la población de 60 y 64 años y la población</p>

la población económicamente activa	entre 20 y 24 años. Mide la capacidad de una población de sustituir a los individuos que se van jubilando. $Irpa = (P_{60-64}) / (P_{20-24}) \times 100$
Índice de sobreenvjecimiento	Relación entre la población mayor de 84 años y la población menor de 64 años. $Ise = Pt(>84) / Pt(<65)$
Índice Sintético de Fecundidad (Número Medio de Hijos por Mujer)	Representa el número esperado de hijos por mujer a lo largo de su vida fértil. Se obtiene como una suma de las tasas específicas de fecundidad por edad. $ISF = \sum f_{x,x+1}$
Migraciones de reemplazo	El concepto de migraciones de reemplazo o sustitución se utiliza para designar a la compensación que la población extranjera debería ejercer en el impacto que la baja fecundidad provoca sobre la población activa de los países desarrollados.
Migraciones de retorno	Tipo de migración que se produce cuando un emigrante retorna a su lugar de nacimiento.
Movimiento Natural	Hace referencia a la dinámica natural de las poblaciones e incide directamente sobre su crecimiento o decrecimiento demográfico. También se conoce como crecimiento vegetativo y se calcula restando la diferencia entre el número de nacimientos y defunciones.
Nicho Laboral	Hueco del mercado laboral que es delegado a un colectivo específico. En el caso de esta investigación hace referencia a las ocupaciones que no son desempeñadas por la población autóctona y se traspasan al colectivo foráneo. Incluso pueden llegar a vincularse nacionalidades con rasgos específicos de capacitación para la realización de estas actividades.
Población extranjera	Se considera como "Población extranjera" a aquella que no tiene la nacionalidad española.
Población inmigrante	Se entiende estadísticamente como "población inmigrante" a aquella que no ha nacido en el país en el que reside. Por lo tanto, también incluye a aquella población que teniendo la nacionalidad española no ha nacido en este país.
Régimen de bienestar	Modo en el que se reparte la producción de bienestar entre el mercado, el estado y las familias.
Relación niños/mujeres	Cociente entre el colectivo juvenil (población entre 0 y 14

	años) y la población femenina en edad fértil. $Pt(0-14)/Pf(15-49)$
Residencia Gerontológica	“Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1999).
Saldo Migratorio	Es uno de los procesos demográficos que repercuten en la variación del número de habitantes de una determinada población. El saldo migratorio se calcula como la diferencia del número de personas que entran en un territorio (inmigrantes) con respecto al número de personas que salen del mismo (emigrantes). El saldo migratorio junto con el movimiento natural no solamente permiten contabilizar el crecimiento demográfico, sino que también indican si éste es motivado por causas naturales o por una dinámica migratoria.
Sector doméstico de cuidados	Sector de actividad destinado a la asistencia de personas dependientes pero que se contrata y se regula bajo las condiciones del servicio doméstico. La atención se realiza en el hogar del receptor de cuidados.
Servicio de Ayuda a Domicilio	Prestación que se ubica en el marco de las atenciones que se realizan en el ámbito de la convivencia personal y en el seno del propio domicilio, y está orientada al plano convivencial para conseguir esa autonomía que toda persona precisa y que, ya sea por incapacidad física, por problemas familiares, etc., o cualesquiera otras razones que lo impidan no pueda desarrollar sus actividades habituales en el hogar con la autonomía necesaria... por tanto, no es un servicio sectorial, sino comunitario, ya que cualquier persona que se encuentre en esa problemática convivencial puede recibirlo.
Tasa Bruta de Mortalidad	Número de defunciones por cada 1000 habitantes. $TBM=(D/Pt) \times 100$
Tasa Bruta de Natalidad	Número de nacimientos por cada 1000 habitantes $TBN=N/Pt \times 1000$
Tasa Bruta de Nupcialidad	Número de matrimonios por cada 1.000 habitantes. $TBNup=(M/Pt) \times 1000$
Tasa de migración de retorno	Es la división del número de migrantes retornados a cada edad y en cada sexo entre la población total de cada uno de estos colectivos.
Tasa de Mortalidad	Defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos

Infantil	vivos. $TMI = D(<1)/N \times 1000$
Tasa General de Fecundidad	Número de nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil $Tgf = N/Pf(15-49) \times 100$
Tasas Específicas de Fecundidad	Cociente entre el número de nacimientos de una determinada cohorte de madres y el total de mujeres en ese grupo de edad. $F_{x,x+1} = (N_{x,x+1}/Pf_{x,x+1}) \times 1000$
Teleasistencia	Puede considerarse como un servicio complementario de la ayuda a domicilio ya que es un recurso esencial para facilitar la permanencia de la personas con discapacidad en su propio hogar. Funciona a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite, a las que personas mayores o discapacitadas, pulsando el botón de un medallón o reloj que llevan constantemente puesto, entrar en contacto verbal durante las 24 horas del día con un centro atendido por profesionales capacitadas para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismos o movilizando otros recursos humanos o materiales.
Transición Demográfica	Teoría demográfica que explica cómo se produce en las sociedades el paso de un régimen demográfico en el que predominan elevadas tasas de natalidad y mortalidad (denominado Régimen Demográfico Antiguo) a otro en el que ambas tasas son bajas (denominado Régimen Demográfico Moderno). La transición se produce cuando, debido a mejoras sanitarias y médicas, se reduce la mortalidad pero la natalidad sigue elevada. Ello provoca la existencia de un alto crecimiento de la población hasta que se empieza a controlar el número de nacimientos (bien por avances contraceptivos o por medio de controles naturales como el acceso tardío al matrimonio o una fuerte emigración masculina). La tendencia a la baja de los nacimientos induce a que la tasa de natalidad se equilibre con los valores de la tasa de mortalidad e, incluso, en determinadas sociedades, es posible que la tasa de natalidad se sitúe por debajo de la de mortalidad.

III.- Anexo de tablas

Tabla 1A.- Indicadores de la población de Navarra según nacionalidad, 2006

Indicador	TOTAL	ESPAÑÓLES	EXTRANJEROS	
pob. total	601.874	546.430	55.444	
hombres	300.917	270.946	29.971	
mujeres	300.957	275.484	25.473	
pob. < 20	114.348	102.258	12.090	
pob. 20-64	382.539	340.121	42.418	
pob. > 65	104.987	104.051	936	
pob.fem 15-49	148.022	128.984	19.038	
índice de masculinidad	100,0	98,4	117,7	(Pm / Pf) x 100
relación niños/mujeres	0,8	0,8	0,6	Pt(0-14) / Pt(15-49)
peso de los jóvenes (pasivos)	19,0	18,7	21,8	Pt(<20) / Pt x 100
proporción de activos	63,6	62,2	76,5	Pt(20-64) / Pt x 100
peso de la 3a. edad (pasivos)	17,4	19,0	1,7	Pt(65y+) / Pt x 100
relación de dependencia	57,3	60,7	30,7	[Pt(<20)+Pt(65y+)] / Pt(20-64) x 100
índice de juventud	29,9	30,1	28,5	Pt(<20) / Pt(20-64) x 100
índice de vejez	27,4	30,6	2,2	Pt(65y+) / Pt(20-64) x 100
índice de envejecimiento	91,8	101,8	7,7	Pt(65y+) / Pt(<20) x 100
índice de reemplazo de la PEA	92,5	83,0	639,9	Pt(<20) / Pt(60-64) x 100
indicador sistema de pensiones	8,0	8,8	1,2	Pt(60-64) / Pt(15-64) x 100
edad media	41,5	42,6	30,1	

Fuente : INE. Padrones de Habitantes

Tabla 2A.- Indicadores de la población de Galicia según nacionalidad, 2006

Indicador	TOTAL	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS	
pob. total	2.767.524	2.693.768	73.756	
hombres	1.333.797	1.298.266	35.531	
mujeres	1.433.727	1.395.502	38.225	
pob. <20	445.296	432.093	13.203	
pob. 20-64	1.727.732	1.670.737	56.995	
pob. > 65	594.496	590.938	3.558	
pob. fem 15-49	674.151	646.095	28.056	
Indice de masculinidad	93,0	93,0	93,0	(Pm / Pf) x 100
relación niños/mujeres	0,7	0,7	0,5	Pt(0-14) / Pf(15-49)
peso de los jóvenes (pasivos)	16,1	16,0	17,9	Pt(<20) / Pt x 100
proporción de activos	62,4	62,0	77,3	Pt(20-64) / Pt x 100
peso de la 3a. edad (pasivos)	21,5	21,9	4,8	Pt(65y+) / Pt x 100
relación de dependencia	60,2	61,2	29,4	[Pt(<20)+Pt(65y+)] / Pt(20-64) x 100
indice de juventud	25,8	25,9	23,2	Pt(<20) / Pt(20-64) x 100
indice de vejez	34,4	35,4	6,2	Pt(65y+) / Pt(20-64) x 100
indice de envejecimiento	133,5	136,8	26,9	Pt(65y+) / Pt(<20) x 100
indice de reemplazo de la PEA	83,2	81,3	262,5	Pt(<20) / Pt(60-64) x 100
indicador sistema de pensiones	9,2	9,5	2,8	Pt(60-64) / Pt(15-64) x 100
edad media	44,2	44,5	34,0	

Fuente : INE. Padrones de Habitantes

Tabla 3A.- Indicadores de la población de España según nacionalidad, 2006

Indicador	TOTAL	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS
pob. total	44.708.964	40.564.798	4.144.166
hombres	22.100.466	19.884.997	2.215.469
mujeres	22.608.498	20.679.801	1.928.697
pob. < 20	8.720.639	7.929.808	790.831
pob. 20-64	28.503.933	25.353.764	3.150.169
pob. > 65	7.484.392	7.281.226	203.166
pob.fem 15-49	11.450.030	10.109.683	1.340.347
Indice de masculinidad	97,8	96,2	114,9 (Pm / Pf) x 100
relación niños/mujeres	0,8	0,8	0,6 Pt(0-14) / Pf(15-49)
peso de los jóvenes (pasivos)	19,5	19,5	19,1 Pt(<20) / Pt x 100
proporción de activos	63,8	62,5	76,0 Pt(20-64) / Pt x 100
peso de la 3a. edad (pasivos)	16,7	17,9	4,9 Pt(65y+) / Pt x 100
relación de dependencia	56,9	60,0	31,6 [Pt(<20)+Pt(65y+)] / Pt(20-64) x 100
índice de juventud	30,6	31,3	25,1 Pt(<20) / Pt(20-64) x 100
índice de vejez	26,3	28,7	6,4 Pt(65y+) / Pt(20-64) x 100
índice de envejecimiento	85,8	91,8	25,7 Pt(65y+) / Pt(<20) x 100
índice de reemplazo de la PEA	107,3	102,5	203,7 Pt(<20) / Pt(60-64) x 100
indicador sistema de pensiones	7,7	8,2	3,3 Pt(60-64) / Pt(15-64) x 100
edad media	40,7	41,5	33,3

Fuente : INE. Padrones de Habitantes

Tabla 4A.- Evolución de los indicadores de población de Galicia, 1975-2006

Indicadores de estructura de la población	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2006
Población < 20 años	31,7	31,2	28,5	26,2	22,2	17,9	16,1
Población de 20 a 64 años	55,8	55,4	56,9	57,5	59,5	61,3	62,4
Población de 65 y más años	12,5	13,4	14,6	16,3	18,3	20,8	21,5
Índice de envejecimiento	39,3	43,1	51,3	62,3	82,6	116,3	133,5
Índice de sobreenvjecimiento	6,3	6,6	7,8	9,2	10,7	11,9	13,0
Índice de dependencia global	79,1	80,5	75,9	74,0	68,1	63,2	60,2
Índice de dependencia xuvenil	56,8	56,2	50,1	45,6	37,3	29,2	25,8
Índice de dependencia senil	22,3	24,3	25,7	28,4	30,8	34,0	34,4
Índice de recambio generacional	67,7	65,6	72,5	75,7	79,2	65,7	92,9
Edad media	35,4	36,0	37,5	39,0	40,9	42,8	44,2
Indicadores de fecundidad	1975/76	1980/81	1985/86	1990/91	1996	2000/2001	2005
Tasa bruta de natalidad	16,1	13,4	9,6	8,1	6,8	7,1	7,8
Tasa general de fecundidad	67,3	57,7	41,3	34	27,2	28,4	31,6
Tasas específicas por edad							
15-19 años	34,9	39,2	25,5	14,6	7,6	6,5	6,3
20-24 años	141,2	122,0	82,5	58,2	30,4	22,6	21,2
25-29 años	135,8	115,0	83,0	77,9	61,1	52,3	49,6
30-34 años	91,6	71,3	53,1	53,1	58,9	67,9	76,8
35-39 años	48,0	36,5	24,2	20,5	23,1	32,8	43,0
40-44 años	19,6	12,1	7,0	4,6	3,5	5,3	7,3
45-49 años	1,8	1,1	0,7	0,5	0,2	0,3	0,4
Índice Sintético de Fecundidad	2,4	2	1,4	1,1	0,9	0,9	1,0
% Nacimientos de no casadas	3,4	5,3	9,1	11,4	10,7	15,4	23,6
Edad media maternidad	27,9	27,3	27,4	28	29,4	30,6	31,3
Indicadores de mortalidad	1975/76	1980/81	1985/86	1990/91	1996	2000/01	2005
Tasa bruta de mortalidad	9,4	8,9	9,3	10,2	10,5	10,4	10,8
Tasa de mortalidad infantil	23,6	14,8	11,9	8,3	6,1	4,2	3,2
Indicadores de nupcialidad	1975/76	1980/81	1985/86	1990/91	1996	1999/2000	2005
Tasa bruta de nupcialidad	6,9	5,1	4,6	4,8	4,2	4,3	4,0
Edad media primer matrimonio (hombres)	26,3	25,8	26,3	27,2	28,6	29,6	31,4
Edad media primer matrimonio (mujeres)	23,5	23,2	23,8	24,8	26,6	27,5	29,4

Fuente: Elaboración propia. INE, IGE, Padrón Municipal de Habitantes, Censo de Población y Movimiento Natural de la Población (www.ine.es)

Tabla 5A.- Evolución de los indicadores de población de Navarra, 1975-2006

Indicadores de estructura de la población	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2006
Población < 20 años	34,4	32,4	28,9	25,4	21,5	19,0	19,0
Población de 20 a 59 años	54,7	55,6	57,7	59,3	61,1	62,9	63,6
Población de 60 y más años	11,0	12,0	13,3	15,4	17,4	18,1	17,4
Índice de envejecimiento	32,0	37,0	46,0	60,6	80,8	95,1	91,8
Índice de sobreenvjecimiento	4,3	4,4	5,2	6,4	7,9	9,4	12,9
Índice de dependencia global	83,0	79,8	73,2	68,7	63,7	59,1	108,2
Índice de dependencia xuvenil	62,9	58,3	50,1	42,8	35,2	30,3	29,7
Índice de dependencia senil	20,1	21,5	23,1	25,9	28,4	28,8	27,4
Índice de recambio generacional	59,1	55,9	64,4	68,3	68,3	60,4	77,6
Edad media	33,0	34,0	36,0	38,0	40,0	41,0	40,7
Indicadores de fecundidad	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2005
Tasa bruta de natalidad	17,9	13,1	10,0	9,2	9,0	10,3	10,5
Tasa general de fecundidad	76,3	58,7	45,4	42,1	42,4	50,3	42,9
Tasas específicas por edad							
15-19 años	9,7	11,4	9,0	5,2	3,5	5,3	7,5
20-24 años	97,2	72,4	40,7	25,8	13,4	16,2	22,0
25-29 años	192,3	139,1	107,3	86,9	69,6	58,2	56,5
30-34 años	137,5	89,3	76,5	89,8	101,9	118,8	113,5
35-39 años	68,9	47,1	29,6	29,5	37,3	55,3	61,3
40-44 años	23,7	15,1	9,4	5,7	5,2	7,2	10,0
45-49 años	2,9	1,6	0,5	0,7	0,2	0,3	0,1
Índice Sintético de Fecundidad	2,7	1,9	1,4	1,2	1,2	1,3	1,3
% Nacimientos de no casadas	1,2	2,5	4,7	10,4	7,4	13,4	19,6
Edad media maternidad	29,7	29,3	29,5	30,2	31,2	31,8	31,8
Indicadores de mortalidad	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2005
Tasa bruta de mortalidad	9	8,1	8	8,7	8,8	8,7	8,9
Tasa de mortalidad infantil	18,8	13,2	11,8	8,8	5,4	3,0	2,4
Indicadores de nupcialidad	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2005
Tasa bruta de nupcialidad	7,6	5,2	4,8	5,1	5,1	4,9	4,6
Edad media primer matrimonio (hombres)	28,0	27,5	28,3	29,5	30,7	31,7	32,3
Edad media primer matrimonio (mujeres)	25,4	25,1	25,7	26,8	28,1	29,2	29,9

Fuente: Elaboración propia. INE, IEN, Padrón Municipal de Habitantes, Censo de Población y Movimiento Natural de la Población (www.ine.es)

Tabla 6A.- Evolución de los indicadores de población de España, 1975-2006

Indicadores de estructura de la población	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2006
Población < 20 años	35,6	34,4	31,1	28,0	23,9	20,6	19,5
Población de 20 a 64 años	53,9	54,4	56,8	58,2	60,4	62,4	63,8
Población de 65 y más años	10,6	11,2	12,3	13,8	15,6	17,0	16,7
Índice de envejecimiento	29,8	32,7	39,5	49,4	65,3	82,9	85,8
Índice de sobreenvejecimiento	5,9	6,2	7,4	8,4	9,6	10,1	11,4
Índice de dependencia global	85,7	83,8	76,8	71,8	65,4	60,2	116,5
Índice de dependencia xuvenil	66,0	63,2	55,0	48,0	39,6	32,9	30,6
Índice de dependencia senil	19,6	20,7	21,7	23,7	25,8	27,3	26,3
Índice de recambio generacional	60,6	54,3	61,2	65,1	65,3	58,1	74,4
Indicadores de fecundidad	1975/76	1980/81	1985/86	1990/91	1996	2000/2001	2005
Tasa bruta de natalidad	18,8	14,1	11,4	10,2	9,2	10,0	10,8
Tasa general de fecundidad	79,2	64,5	49,7	41,5	35,5	38,1	41,0
Tasas específicas por edad							
15-19 años	21,9	22,9	16,7	11,0	7,5	9,8	11,6
20-24 años	135,7	105,6	67,2	45,9	26,0	26,9	31,0
25-29 años	189,2	137,2	113,4	98,6	77,0	65,7	64,3
30-34 años	123,3	84,6	73,7	77,3	85,5	95,5	100,4
35-39 años	64,2	42,1	31,3	27,5	32,4	45,2	53,4
40-44 años	23,0	13,2	8,9	5,7	5,2	7,3	9,4
45-49 años	2,2	1,1	0,8	0,4	0,2	0,4	0,5
Índice Sintético de Fecundidad	2,8	2,0	1,6	1,3	1,2	1,2	1,3
% Nacimientos de no casadas	2,0	4,4	8,0	10,0	11,7	19,7	26,6
Edad media maternidad	28,8	28,2	28,5	29,0	30,2	30,8	30,9
Indicadores de mortalidad	1975/76	1980/81	1985/86	1990/91	1996	2000/01	2005
Tasa bruta de mortalidad	8,4	7,8	8,1	8,7	8,9	8,9	8,9
Tasa de mortalidad infantil	18,9	12,5	9,2	7,2	5,5	4,1	3,8
Indicadores de nupcialidad	1975/76	1980/81	1985/86	1990/91	1996	1999/2000	2005
Tasa bruta de nupcialidad	7,6	5,4	5,4	5,6	4,9	5,1	4,8
Edad media primer matrimonio (hombres)	26,8	26,4	27,2	28,1	29,5	30,4	31,5
Edad media primer matrimonio (mujeres)	24,3	24,0	24,9	25,9	27,4	28,4	29,4

Fuente: Elaboración propia. INE, Padrón Municipal de Habitantes, Censo de Población y Movimiento Natural de la Población (www.ine.es)

TABLA 7A.- Evolución de la población mayor en Galicia, 1900-2006

	Población	>65 años	%	> 80 años	%
1900	1.980.515	124.673	6,3	16.653	0,8
1910	2.063.589	144.188	7,0	19.512	0,9
1920	2.124.244	139.089	6,5	22.466	1,1
1930	2.230.281	157.916	7,1	22.276	1,0
1940	2.495.860	185.062	7,4	27.108	1,1
1950	2.604.200	207.069	8,0		
1960	2.596.803	230.193	8,9	41.414	1,6
1970	2.676.336	297.441	11,1	50.494	1,9
1975	2.749.323	342.590	12,5	54.972	2,0
1981	2.811.912	377.890	13,4	68.593	2,4
1986	2.844.472	415.994	14,6	86.080	3,0
1991	2.731.669	445.763	16,3	103.124	3,8
1996	2.742.622	502.672	18,3	122.500	4,5
2000	2.731.900	552.904	20,2	138.800	5,1
2001	2.732.926	568.693	20,8	145.160	5,3
2002	2.737.370	579.658	21,2	147.715	5,4
2003	2.751.094	585.977	21,3	152.979	5,6
2004	2.750.980	586.458	21,3	157.756	5,7
2005	2.762.198	587.137	21,3	162.961	5,9
2006	2.764.250	594.506	21,5	167.927	6,1

Fuente: Elaboración propia. INE, Padrón Municipal de Habitantes, Censo de Población y Movimiento Natural de la Población (www.ine.es)

TABLA 8A.- Evolución de la población mayor en Navarra, 1900-2006

	Población	>65 años	%	> 80 años	%
1900	307.669	16.639	5,4	1.677	0,5
1910	612.235	18.813	3,1	2.120	0,3
1920	329.875	21.400	6,5	2.071	0,6
1930	345.883	23.672	6,8	2.720	0,8
1940	369.618	25.390	6,9	4.347	1,2
1950	382.932	29.715	7,8		
1960	401.132	37.966	9,5	5.734	1,4
1970	466.597	46.465	10,0	7.833	1,7
1975	486.718	53.515	11,0	8.555	1,8
1981	509.002	60.955	12,0	10.480	2,1
1986	515.900	68.677	13,3	13.776	2,7
1991	519.277	79.791	15,4	17.709	3,4
1996	520.574	90.477	17,4	21.660	4,2
2000	543.757	99.034	18,2	24.699	4,5
2001	555.829	101.075	18,2	25.702	4,6
2002	569.628	102.730	18,0	26.915	4,7
2003	578.210	103.200	17,8	27.995	4,8
2004	584.734	103.382	17,7	29.046	5,0
2005	593.472	103.367	17,4	30.118	5,1
2006	601.784	104.987	17,4	31.238	5,2

Fuente: Elaboración propia. INE, Padrón Municipal de Habitantes, Censo de Población y Movimiento Natural de la Población (www.ine.es)

Tabla 9A.- Evolución movimientos migratorios en Galicia, 1961-1975 (Promedio anual)

	1961-65		1966-70		1971-75	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Emigración	34.868		88.092		30.542	
Extranjero	25.063	71,9*	22.626	77,6	24.590	80,5
Europea	13.869	55,3**	15.004	66,3	22.175	90,2
No Europea	11.194	44,7**	7.622	50,8	2.415	9,8
Otras CC.AA.	9.805	28,1*	6.546	22,4	5.952	19,5
Inmigración	8.792		8.289		13.606	
Extranjero (países no europeos)	1.100	12,5	1.883	22,7	13.606	
Otras CC.AA.	7.692	87,5	6.406	77,3	-	
SALDO MIGRATORIO ANUAL	-26.076		-79.803		-16.936	
SALDO QUINQUENIO	-130.380		-399.015		-84.680	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la publicación "Migraciones" del INE.

IV.- Relación de tablas y gráficos

Relación de tablas

Tabla 1.1.- Porcentaje de trabajadores domésticos, gasto social público y ratio de empleo femenino en algunos países europeos	36
Tabla 2.1.- Evolución de la población en Galicia, 1900-2006	64
Tabla 2.2.- Dirección de la emigración gallega, período 1961-1975	67
Tabla 2.3.- Estructura de edades de la población de Galicia y Navarra, 1950-1970 (en porcentaje)	67
Tabla 2.4.- Evolución de los movimientos migratorios en Navarra, 1961-1970	71
Tabla 2.5.- Crecimiento real, crecimiento natural y saldo migratorio en Navarra, período 1961-1970	71
Tabla 2.6.- Evolución de la población en Navarra, 1900-2006	72
Tabla 2.7.- Evolución del movimiento natural de la población y del saldo migratorio en Navarra, 1900-1981	72
Tabla 2.8.- Dinámica demográfica de la población española según Comunidad Autónoma, 2006	81
Tabla 2.9.- Población total, estimación del número de personas con discapacidad y prevalencia de la situación de dependencia en España, 1986-1999	86
Tabla 2.10.- Estimaciones de la población mayor con dependencia en España	90
Tabla 2.11.- Población con alguna discapacidad y población mayor de 65 años con alguna dependencia	91
Tabla 2.12.- Población mayor de 65 años con alguna dependencia para las AVD según grado de severidad, grupo de edad y prevalencia	92
Tabla 2.13.- Población mayor de 65 años con alguna dependencia para las AVD según sexo, grupo de edad y prevalencia	92
Tabla 2.14.- Población mayor de 65 años con alguna dependencia para las AVD según Comunidad Autónoma	93
Tabla 2.15.- Población con alguna dependencia severa o total para las AVD según sexo y Comunidad Autónoma	94
Tabla 2.16.- Usuarios y cobertura de los servicios sociales en Galicia, Navarra y España, 2005 (31 diciembre)	97

Tabla 2.17.- Cobertura de los servicios sociales respecto de la población mayor de 65 años en Galicia, Navarra y España, 2005	98
Tabla 2.18.- Cobertura de los servicios sociales en relación a la población mayor dependiente en Galicia, Navarra y España, 2005	98
Tabla 2.19.- Nivel de cobertura real y nivel de cobertura deseable marcado por la legislación para algunos servicios sociales	101
Tabla 2.20.- Lugar de residencia de las personas que prestan cuidados personales a la población mayor de 65 años	105
Tabla 2.21.- Población mayor de 65 años con alguna discapacidad que recibe asistencia personal según relación con el cuidador principal	106
Tabla 3.1.- Tasas de actividad, empleo y paro de las mujeres nativas, 1996-2006	111
Tabla 3.2.- Tasas de actividad, empleo y paro de las mujeres nativas en Galicia y Navarra, 1996-2006	111
Tabla 3.3.- Evolución del porcentaje de población extranjera afiliada al Régimen Especial de Empleados de Hogar (datos a 31 de diciembre)	112
Tabla 3.4.- Indicador del potencial cuidador femenino en España, Galicia y Navarra, 1991-2005	115
Tabla 3.5.- Mujeres extranjeras empadronadas en edad activa y en alta laboral a la Seguridad Social según principales nacionalidades, 2006	124
Tabla 3.6.- Descripción de la situación laboral y educativa de las cuidadoras inmigrantes entrevistadas	136-137
Tabla 4.1.- Información cualitativa y cuantitativa utilizada para analizar el Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña y Pamplona.	142
Tabla 4.2.- Características básicas del Servicio de Ayuda a Domicilio según Comunidad Autónoma, 2005	148
Tabla 4.3.- Intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio según la Ley 39/2006 (regulada en el Real Decreto 727/2007)	149
Tabla 4.4.- Evolución del número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio en Navarra, 1991-2005	152
Tabla 4.5.- Modalidad Atención a Domicilio: número de usuarios y cobertura sobre el total de mayores de 65 años en Navarra, 1997-2005	153
Tabla 4.6.- Intensidad de la Modalidad Atención Directa en Pamplona	156
Tabla 4.7.- Modalidad Ayuda Económica: número de usuarios y cobertura sobre el total de mayores de 65 años en Navarra, 1997-2005	164
Tabla 4.8.- Distribución de los hogares perceptores de la Modalidad de Ayuda Económica según el uso que hacen de la misma en Navarra	166

Tabla 4.9.- Salario base de las trabajadoras a domicilio de Xuntos40, Cáritas y Cruz Roja en A Coruña	178
Tabla 4.10.- Grado de cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio en a Coruña, 2005	179
Tabla 4.11.- Nivel real de cobertura y nivel de cobertura deseable marcado por la legislación para el Servicio de Ayuda a Domicilio, A Coruña	179
Tabla 4.12.- Intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio según ámbito territorial, 2005	181
Tabla 4.13.- Número de personas en el hogar de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio, 2005	184
Tabla 4.14.- Tipología y características del cheque asistencial en Galicia	189
Tabla 4.15.- Usuarios y cobertura del cheque asistencial según su modalidad en Galicia, 2003	190
Tabla 4.16.- Servicios Sociales y Prestaciones Económicas de la Ley 39/2006	195
Tabla 4.17.- Cuantías máximas establecidas por la Ley 39/2006 para las Prestaciones Económicas según grado y nivel de dependencia	198
Tabla 5.1.- Información cualitativa utilizada para analizar el papel de las Organizaciones No Gubernamentales en A Coruña y Pamplona	210
Tabla 5.2.- Modalidades de atención y figuras de cuidadoras en el sector doméstico de cuidados de personas mayores	226
Tabla 5.3.- Tabla salarial definida por Cáritas, la Congregación María Inmaculada y ANAFE para la regulación del sector doméstico de cuidados en Pamplona	241
Tabla 5.4.- Tabla salarial definida por Cruz Roja Pamplona. Tarifas orientativas para el sector doméstico de cuidados	242
Tabla 6.1.- Tareas identificadas por las empleadas de hogar que cuidan mayores como las más costosas a realizar, 2004	249
Tabla 6.2.- Características del trabajo de cuidados que desempeñan las cuidadoras entrevistadas	251-252
Tabla 1A.- Indicadores de la población de Navarra según nacionalidad, 2006	332
Tabla 2A.- Indicadores de la población de Galicia según nacionalidad, 2006	333
Tabla 3A.- Indicadores de la población de España según nacionalidad, 2006	334
Tabla 4A.- Evolución de los indicadores de población de Galicia, 2006	335

Tabla 5A.- Evolución de los indicadores de población de Navarra, 2006	336
Tabla 6A.- Evolución de los indicadores de población de España, 2006	337
Tabla 7A.- Evolución de la población mayor en Galicia, 1900-2006	338
Tabla 8A.- Evolución de la población mayor en Navarra, 1900-2006	338
Tabla 9A.- Evolución movimientos migratorios en Galicia, 1961-1975 (promedio anual)	339

Relación de gráficos

Gráfico 1.1.- Población extranjera empleada en las actividades “Servicios a los Hogares” y “Servicios Sociales”, media 2001-2002	35
Gráfico 1.2.- Resumen líneas teóricas del “trabajo de cuidados”	61
Gráfico 2.1.- Pirámide de población de Galicia, 1990. Comparación de la población total y de la población retornada	69
Gráfico 2.2.- Tasas de migración de retorno según sexo y edad en Galicia, 2004	70
Gráfico 2.3.- Evolución de la población mayor de 65 años en Navarra y Galicia (números índice base 100)	74
Gráfico 2.4.- Evolución de la Tasa General de Fecundidad Estandarizada para Navarra y Galicia, 1930-2005	75
Gráfico 2.5.- Comparación de las pirámides de población de Galicia y Navarra, 2006	76
Gráfico 2.6.- Saldo vegetativo por mil habitantes. Total Nacional y Comunidades Autónomas, 2006	78
Gráfico 2.7.- Evolución del número de nacimientos, defunciones y del saldo vegetativo en Galicia, 1975-2006	78
Gráfico 2.8.- Evolución del número de nacimientos, defunciones y del saldo vegetativo en Navarra, 1975-2006	79
Gráfico 2.9.- Evolución del crecimiento real y vegetativo de la población en Navarra, 1975-2004	83
Gráfico 2.10.- Evolución del crecimiento real y vegetativo de la población en Galicia, 1975-2004	83

Gráfico 2.11.- Comparación del peso de algunos servicios sociales en Galicia, Navarra y España, 2005	96
Gráfico 2.12.- Población mayor de 65 años que recibe cuidados de larga duración en instituciones y en cuidados a domicilio a través de la protección social pública (como porcentaje de la población mayor de 65 años)	97
Gráfico 3.1.- Tipo de ayuda asistencial que reciben las familias con mayores dependientes	116
Gráfico 3.2.- Modalidad de trabajo en el sector doméstico de cuidados según la nacionalidad de la cuidadora, 2004	120
Gráfico 3.3.- Empleadas de hogar cuidadoras de ancianos según nacionalidad de procedencia	126
Gráfico 3.4.- Ejemplo de movilidad laboral en el servicio doméstico. El caso de Rosalía Santos	134
Gráfico 4.1.- Evolución del número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio en Navarra, 1991-2005	152
Gráfico 4.2.- Principales quejas de los usuarios con respecto al Servicio de Ayuda a Domicilio en Navarra	161
Gráfico 4.3.- Tareas desempeñadas por el Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña, 2005	182
Gráfico 4.4.- Tareas desempeñadas por el Servicio de Ayuda a Domicilio según sexo del destinatario en A Coruña, 2005	182
Gráfico 4.5.- Tareas desempeñadas por el Servicio de Ayuda a Domicilio según edad del destinatario en A Coruña, 2005	183
Gráfico 4.6.- Pirámide de población de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio en A Coruña, 2005	184
Gráfico 5.1.- Clasificación de las bolsas de empleo en el sector doméstico de cuidados en Pamplona	212
Gráfico 5.2.- Clasificación de las bolsas de empleo en el sector doméstico de cuidados en A Coruña	221

UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Servicio de Bibliotecas



1700787827